Desprès (a.)

Sur le diagnostic des tumeurs du testicule.

A mon collegue Fournier
Souvenir amical
A Després

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 28 *décembre* 1861,

Par Armand DESPRÉS,

né à Paris,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Chirurgie et en Médecine, et Lauréat des Hôpitaux de Paris.

ESSAI
SUR LE DIAGNOSTIC
DES TUMEURS DU TESTICULE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT, Examinateur. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU, Président. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeurs honoraires, MM. CLOQUET et ADELON. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH, Examinateur.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE, Examinateur.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
SAPPEY.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

C.-D. DESPRÉS,

Chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE, MA SOEUR,

ET MON BEAU-FRÈRE.

A M. LE PROFESSEUR NÉLATON.

A M. LE D[R] XAVIER RICHARD,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

A MES MAITRES,

MM. GUÉRARD, NONAT, CAZALIS,

MANEC, ROBERT, ET MARJOLIN.

MM. ADOLPHE RICHARD ET VERNEUIL,

MES CHEFS DE SERVICE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

A M. LE D[R] MARTIN-MAGRON.

A M. LE PROFESSEUR GRISOLLE.

A M. HUSSON,

Directeur général de l'Assistance publique.

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS.

Les signes anatomiques et physiques sont de tous les plus importants, les connaissances qu'ils donnent sont aussi positives que celles qui dérivent des sciences exactes (Piorry, *Diagn. médical*).

L'auscultation et la percussion donnent des signes qui possèdent une rigueur presque mathématique (Barth et Roger, *Traité d'auscultation et de percussion*).

L'exploration directe devient la source la plus féconde des connaissances que le praticien peut acquérir sur la nature des maladies qui sont du ressort de la pathologie externe (Bérard, *Diagn. dans les maladies chirurgicales*).

La valeur du signe physique, du signe local, se trouve donc reconnue par tous les pathologistes.

Il n'est pas de livre de pathologie générale qui ne renferme encore ces deux préceptes : que les antécédents du malade, la marche des accidents, sont des plus importants à connaître et à bien apprécier; que l'anatomie normale et surtout l'anatomie pathologique demeurent absolument nécessaires à l'intelligence des maladies. Pour ce qui est du tact médical, si Zimmermann et d'autres avec lui l'ont envisagé comme un don de la nature, Chomel a dit au moins qu'il pouvait s'acquérir avec le temps.

Si l'on s'entendait sur ce qu'est la maldadie, si l'on en donnait une définition indiscutable, des affirmations précédentes, que légitiment tant de faits, il résulterait pour tout le monde que le diagnostic est une science, la science des rapports de l'état de santé à l'état de maladie. Et la loi du diagnostic pourrait être établie, bien que les faits morbides ne soient pas tous approfondis, bien que dans un bon nombre de maladies il reste des symptômes essentiels à découvrir.

Sans discuter ici toutes les définitions qui ont été proposées pour la maladie, on peut néanmoins rechercher où tend l'esprit médical et

quelles sont les doctrines qui commencent à régner en maîtresses au milieu des dissidences encore animées de notre époque. L'impulsion la plus vive qui ait été donnée dans notre siècle est sans contredit due à Broussais et à Laënnec, dont le mérite est d'avoir cherché sur le cadavre la précision du diagnostic en rapprochant un signe physique incontestable d'une lésion déterminée. La percussion n'a pas été moins heureuse que l'auscultation dans les applications qui en ont été faites.

Le microscope, d'un autre côté, en étudiant la texture des produits organiques, et les liquides évacués par les ponctions exploratices, a permis de reconnaître la nature intime de beaucoup de tumeurs.

Dans une série de faits restreints, l'ophthalmoscope, qui peut-être rend encore aujourd'hui plus qu'il ne doit donner, a permis de découvrir des lésions qui nous échappaient autrefois, et qui méconnues permettaient aux théories anciennes de voir, par exemple, dans l'amaurose des troubles exclusivement fonctionnels. En suivant donc la marche progressive des découvertes on arrive à cette conclusion, que, dans les maladies, le plus souvent, on peut constater une lésion et sur le vivant, et sur le cadavre, et l'on est près d'envisager la maladie comme l'ensemble des manifestations d'une lésion organique passagère ou permanente. Et c'est en vertu de cette tendance, réagissant à son tour, que les recherches hématologiques ont été faites et ont fourni tant d'éléments précieux à l'anatomie pathologique.

Depuis longtemps, l'esprit, en suivant dans ses analyses la série des faits naturels, avait conçu la pensée que la fontion ne pouvait être étudiée sans l'organe, comme il ne pouvait y avoir un changement dans la propriété d'un corps sans changement de l'état moléculaire de ce corps, et que le trouble fonctionnel était incompatible avec un organe absolument sain. Mais ce seul raisonnement ne pouvait triompher devant des interprétations spécieuses de faits peu connus. Aujourd'hui cependant les choses ont un peu changé, et si les névroses arrêtent encore, si leurs lésions ne sont point trouvées, déjà les fièvres ont été expliquées par une altération du sang. Le jour commence à se faire.

S'il est donc admis que la maladie est l'ensemble des manifestations d'une légion organique, la lésion devient dans la maladie le fait principal, le fait dont la recherche est le but du diagnostic.

Qu'est-ce que le fait lésion? Un changement variable d'un tissu, d'un organe ou du sang. Cela est démontré pour la plus grande partie des lésions. Les examens cadavériques le prouvent. Seules les lésions intimes du système nerveux nous échappent. Mais si nous connaissons la lésion, par un examen direct, dans une autopsie, excepté dans certaines affections chirurgicales où la lésion est sous les yeux, nous ne voyons sur le vivant que des manifestations, des symptômes, étranges quelquefois, contraditoires même, toujours significatifs cependant, et dans lesquels l'esprit doit choisir ceux qui sont le plus voisins de la lésion. Ce n'est pas que de nombreuses difficultés se présentent. Souvent, une lésion accessoire, un épiphénomène, est pris et donné pour une lésion, il ne manque pas d'individualités aventureuses ou induites en erreur qui ont fait une maladie d'un symptôme. Mais alors l'anatomie pathologique, l'expérience, deviennent d'un grand secours, elles nous apprennent quelle est la véritable lésion et quelles ont été ses manifestations habituelles observées.

Philosophiquement un fait quelconque, à quelque série qu'il appartienne, se manifeste à nos sens par des caractères physiques, à notre jugement par la connaissance de son évolution et sa durée, la constatation de ses rapports avec les faits voisins. Appliquons au fait lésion. Il y a dans nos traités de diagnostic : *Les symptômes embrassent quatre ordres de phénomènes* :

1° Ceux qui ont précédé la lésion;

2° Ceux qui ont eu lieu au moment où elle apparaît;

3° Ceux qui lui succèdent;

4° Ceux qui constituent l'état maladif.

En plaçant les symptômes dans un autre ordre et en ajoutant un mot, nous avons une classification qui se rapproche de la classification philosophique :

Symptômes qui existent au moment ou l'on constate la lésion ;

Symptômes qui accompagnent le développement de la maladie, qui le précèdent ou qui lui succèdent ;

Symptômes qui constituent l'état maladif.

Aux premiers symptômes, signes physiques, signes locaux, examens des produits expulsés, douleur à la pression, le nom de *signe anatomique* a été heureusement donné.

Aux symptômes du second ordre, propres au développement et à l'évolution de la lésion, propres aux troubles occasionnés par la lésion même, le nom de symptôme physiologique revient naturellement.

Quant au troisième ordre de symptômes, ce sont les antécédents, les lésions concomitantes, les épiphenomènes, qui le constituent. A ceux-là un nom peut être donné, et représente bien à la pensée leur valeur ; c'est le nom de signe pathologique.

Le signe anatomique tombe sous nos sens, et nous jugeons, au moyen du signe physiologique, le développement et la durée de la lésions.

Enfin le signe pathologique nous apprend quels sont les rapports de la lésion avec les organes voisins et l'organisme.

Avec ces trois ordres de symptômes, il est peu de maladies qui ne puissent être connues. Quelquefois, dans des circonstances particulières, un seul signe suffit, mais cela est l'exception, et cette considération montre bien qu'il n'entre pas dans nos desseins de remettre en honneur les signes pathognomoniques. Loin de là, nous rappellerons que même avec trois ordres de signes, des diagnostics restent très-difficiles à établir, soit parce que des dispositions individuelles, l'existence de deux affections à la fois, entraînent une confusion des symptômes propres à deux lésions différentes, soit enfin parce que deux lésions, ayant un début identique, ne diffèrent l'une de l'autre que par des manifestations tardives.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS DU TESTICULE.

> Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque
> Quæ nunc sunt in honore vocabula; sic volet usus.
>
> (HORACE.)

Nous comprendrons dans les tumeurs du testicule celles qui sont formées par la tunique vaginale distendue par un épanchement ou devenues le siége d'un travail pathologique. Il y a un grand nombre de points de contact entre les tumeurs du testicule et l'hydrocèle et l'hématocèle. Ces maladies se compliquent l'une l'autre, et pour reconnaître les premières, nous avons cru devoir exposer les secondes.

Comment diviser les tumeurs du testicule et de la tunique vaginale? Tumeurs liquides, tumeurs solides. C'est là une vieille classification insuffisante. Il y a des tumeurs où le liquide est apparent dans la tunique vaginale et n'est qu'un signe pathologique, un épiphénomène, tandis que la véritable lésion est cachée. Faut-il diviser les tumeurs en bénigne ou maligne? Cela ne satisfait qu'imparfai-

tement les exigences de la pratique. Une division toute anatomique, fondée sur la nature de la lésion, nous paraît plus acceptable.

1° Tumeurs formées par des épanchements ;
2° Tumeurs formées par des exsudats interstitiels ;
3° Tumeurs propres à l'organe ou l'élément glandulaire;
4° Parasites du testicule.

Ire CLASSE. — ÉPANCHEMENTS.

Hydrocèle, hématocèle du testicule, hématocèle de la tunique vaginale.

IIe CLASSE. — TUMEURS FORMÉES PAR DES EXSUDATS INTERSTITIELS.

1er ORDRE. — *Tumeurs produites par des exsudats temporaires ou permanents, susceptibles de se résorber, de s'éliminer, de s'organiser, mais ne se généralisant jamais.*

Produits de l'inflammation aiguë dans le testicule, l'épididyme ou la tunique vaginale, orchites aiguës, orchites chroniques, et variétés qui tiennent à leurs terminaisons.

2e ORDRE. — *Tumeurs produites par des exsudats qui ne se résorbent jamais, subissent une organisation très-imparfaite, et se généralisent tôt ou tard.*

Testicule tuberculeux, testicule cancéreux.

IIIe CLASSE. — MALADIES PROPRES AU TISSU GLANDULAIRE.

Kystes du testicule et de l'épididyme.

IVe CLASSE. — PARASITES DU TESTICULE.

Inclusions fœtales, hydatides.

Ce sont toutes ces tumeurs sur lesquelles doit porter le diagnostic, et qu'il s'agit de reconnaître. Pour cela, il faut chercher quels moyens ont été employés, quels procédés sont les plus sûrs. Les livres nous enseignent des règles que la pratique confirme souvent et contredit quelquefois. Entrons donc dans l'étude des faits et des observations, et tout plein de gratitude pour nos devanciers et nos maîtres, de qui nous tenons de grandes leçons et de beaux exemples, traitons les tumeurs du testicule au double point de vue :

1° De la lésion élémentaire ;

2° Des signes qui sont les manifestations les plus essentielles de la lésion.

Un mot encore : nous ne ferons que le diagnostic des tumeurs du testicule entre elles, il eût été trop long de parler des maladies étrangères qui peuvent simuler une tumeur du testicule. Les tumeurs du cordon, des bourses, ont été prises pour des tumeurs du testicule, seulement à un examen superficiel. La recherche du testicule trouvé indépendant de la tumeur eût permis d'éviter une erreur. Il est extraordinaire qu'une hernie qui est ou a été réductible puisse être confondue avec une tumeur du testicule. Du reste, les signes différentiels de ces affections sont exposés dans tous les livres classiques, et tous les hommes instruits ne sont pas longtemps embarrassés dans des cas peut-être douteux. Même, dans ces cas d'orchite d'un testicule arrêté à l'anneau inguinal, si l'on peut penser à une hernie étranglée, l'examen du scrotum, une blennorrhagie concomitante, ont bientôt dissipé les incertitudes.

I^RE CLASSE.

Hydrocèle.

L'examen d'une hydrocèle de la tunique vaginale, hydrocèle spontanée ou hydrocèle congénitale, dont la communication avec le péritoine est oblitérée, est constitué par un sac séreux rempli de liquide.

Le sac est formé par la tunique vaginale, dont la face séreuse est lisse. La membrane entière est épaissie, comme l'a très-bien fait remarquer Boyer.

Le liquide contenu estjaune clair, citrin salé; le sac, rempli, a la forme d'un ovoïde allongé, quelquefois d'une poire, et souvent d'un bissac. Cette dernière disposition, constatée par tous les auteurs qui ont écrit sur l'hydrocèle, tient à un étranglement fibreux, fréquent, signalé par M. Béraud.

Tous ces faits, tant de fois déjà rapportés, ont été vérifiés à une autopsie que nous venons de faire sur un vieillard de 75 ans, qui succomba à un érysipèle gangréneux, et portait une hydrocèle double; et nous avons constaté en outre que les deux testicules et épididymes étaient parfaitement sains.

A côté de ces lésions simples, il en est d'autres qui appartiennent encore à l'hydrocèle, et qui siégent dans la paroi et qui tiennent au siége de l'hydrocèle.

Ce sont les hydrocèles à parois épaisses, mais sans transformation. Curling décrit une hydrocèle ou kyste du testicule, un épanchement de sérosité dans la portion de la tunique vaginale située entre le testicule et l'épididyme, constituant une cavité isolée, et c'est là ce que M. Velpeau appelle l'hydrocèle épididymaire.

L'hydrocèle peut être double, et cela sans altération obligée du testicule. On sait que les hydrocèles des Barbades sont souvent dou-

bles, et que l'hypertrophie, observée par M. Velpeau dans des cas de ce genre, est rare. D'un autre côté, Dujat, cité par Curling, rapporte qu'il a vu dans les Indes, sur 1,000 individus affectés d'hydrocèle, 370 fois une double hydrocèle. Pour notre part, nous ne comptons plus les hydrocèles doubles que nous avons trouvées sur le vivant.

Les symptômes qui révèlent la présence d'une hydrocèle sont bien connus; Boyer en a fait une exposition qui peut être avantageusement comparée aux livres modernes, toutes les formes avaient été constatées par lui et par Cooper ensuite. Beaucoup de choses ont été ajoutées depuis et qui ne sont pas meilleures. Curling dit : Indépendamment des avantages que l'en retire de la transparence pour le diagnoctic, elle permet de reconnaître la position exacte du testicule. Boyer avait dit : *Il est bon d'observer que l'étendue de la partie opaque n'est pas toujours proportionnée au volume du testicule.*

Curling écrit : Une hydrocèle peut varier de volume. Ces changements n'ont rien d'invraisemblable.... « Le scrotum était tendu le soir, et le matin il était contracté et ridé ». Cela nous paraît être une fausse interprétation de la contractilité du dartos. Des hydrocèles peu volumineuses peuvent diminuer, disparaître même; mais, pour ce qui est de changements journaliers il faudrait, voir plus d'une observation. Curling peut avoir pris la contraction du dartos pour une diminution de volume de la tumeur.

L'hydrocèle, disent Boyer et Curling, a un poids peu considérable comparativement aux autres tumeurs du testicule. M, Nélaton pense que ce signe ne mérite pas toute la confiance qu'on lui accorde. M. Velpeau, moins exclusif pourtant que Boyer professe une opinion contraire. La divergence de deux chirurgiens aussi éclairés, ne devait être qu'apparente, les deux opinions opposées ne pouvaient manquer d'avoir un côté vrai. Les propres paroles de M. Nélaton (*Path. chirurg.*, t. V, p. 564) nous donnent un éclaircissement que

nous avons longtemps cherché. « C'est la main qui, soulevant la tumeur, doit apprécier le poid de la masse. Et ces tumeurs, quoique de même nature, peuvent être les unes très-mobiles parcequ'elles sont appendues à des pellicules qui permettent de les porter dans tous les sens, les autres au contraire presque immobiles, ne se laissent que difficilement soulever parce qu'elles sont fixées par la contraction du crémaster et du dartos. »

Il ressort des observations que nous avons recueillies, que les hydrocèles un peu volumineuses ne sont point pédiculées, tandis que dans les observations du cancer du testicule et quelques hématocèles spontanées, et surtout dans l'observation de L..... (obs. 26), les tumeurs étaient pédiculées.

Si nous envisageons la pesanteur spécifique des tumeurs du testicule isolées, nous dirons, avec M. Nélaton, qu'une différence d'un douzième n'est pas appréciable.

Mais nous dirons avec M. Velpeau que nous avons vu des hydrocèles qui avaient un poid à peine sensible et qu'au contraire un sarcocèle pesait dans sa main réellement plus que l'hydrocèle précédente d'un volume à peu près égal. Il était facile de constater que l'hydrocèle, collée au pubis, ne pesait pas pour ainsi dire, et que le poids de l'encéphaloïde très-pédiculé pouvait être apprécié en entier.

Nous ne pousserons pas plus loin la valeur de ce signe tout physique, le diagnostic différentiel de l'hydrocèle et du cancer repose sur d'autres caractères.

Le développement de la tumeur à la partie inférieure d'abord n'a d'importance que quand on étudie le malade debout; en effet l'examen du malade couché permet de voir, dans les hydrocèles au début, toujours le liquide au-dessus du testicule. Pour ce qui est de la position de cet organe, elle ne peut être appréciée que dans les petites hydrocèles, et le défant de transparence en un point ne fournit d'aliments certains que quand le testicule est en inversion; l'état variqueux des veines n'indique rien, si ce n'est que l'hydrocèle

est une complication d'un varicocèle, si ce n'est que l'hydrocèle a passé par une période inflammatoire, comme cela arrive pour les hydrocèles à parois osseuses pseudo-cartilagineuses, fibreuses même.

Voyons maintenant quels sont les symptômes ou signes anatomiques de l'hydrocèle.

Tumeur ovalaire pyriforme ou en bissac, transparente, fluctuante, si la tumeur est petite, et en même temps il est possible de sentir le testicule. Plus tard ces deux signes manquent, mais un autre signe apparaît : la main du chirurgien peut déformer la tumeur, et celle-ci est le siége d'un tremblement caractéristique, que l'on obtient par la percussion.

Une tumeur est pyriforme, en bissac, parce que tout épanchement dans une cavité, recevra sa forme de la membrane qui le contient; transparente parce que le liquide de l'hydrocèle est séreux, fluctuante parce qu'il y a du liquide. Pour l'hydrocèle enkystée, hydrocèle épididymaire, M. Velpeau donne un signe excellent : la tumeur du testicule, outre quelle est transparente à la partie supérieure, a la forme d'une brioche renversée ; le testicule représente avec ses caractères la petite partie, l'hydrocèle située au-dessus représente la partie la plus volumineuse du gâteau.

Sur 54 observations d'hydrocèle empruntés a la collection de M. Velpeau et aux nôtres, nous trouvons 3 hydrocèles existant avec une hernie inguinale du même côté, 38 hydrocèles simples, dues 6 fois à des violences sur les bourses, 11 fois à une blennorrhagies, 2 fois suivies d'orchite; 2 fois les malades avaient eu des chancres et des bubons; 10 hydrocèles étaient doubles, toujours d'un volume inégal ; 9 hydrocèles ont récidivé dans la même tunique vaginale ; 2 hydrocèles se sont développées en peu de temps, contrairement à ce qui a été observé pour les autres qui dataient suivant leur grosseur de cinq à six mois ou plusieurs années.

Parmi les hydrocèles à marche rapide, une surtout doit être signalée.

B....., 66 ans, était dans une salle de médecine depuis un mois pour être traité de douleurs rhumatismales.

Pendant son séjour à l'hôpital, il s'aperçut qu'il avait une tumeur dans la bourse droite. Il passa en chirurgie. M. Velpeau, trouvant une tumeur avoïde, transparente, molle, fluctuante, diagnostiqua une hydrocèle, et fit une ponction qui donna issue à 100 grammes de sérosité claire; le liquide se reproduisit, une nouvelle ponction fut faite, et le malade guérit (1).

Aucun malade ne souffrait, dans toutes les observations rapportées dans Pott, Bertrandi, etc.; il en a été de même dans toutes celles que nous avons vues.

Nous pouvons, des faits précédents conclure, que les signes physiologiques sont les suivants, indolence de la tumeur, marche généralement lente. après un début ordinairement obscur, car l'hydrocèle peut exister avant que les malades l'aient constatée : nous avons vu beaucoup de malades porter de petites hydrocèles dont il ne se doutaient pas.

Les signes pathologiques sont : une hydrocèle antérieure, une blennorrhagie, une hydrocèle dans la tunique vaginale de l'autre côté toujours plus petite.

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut être compliquée d'inflammation. C'est ce que M. Gosselin appelle la vaginalite spontanée dans l'hydrocèle. Il donne une observation concluante à ce sujet. C'est un vieillard qui présenta cette particularité; il mourut avant d'avoir pu être traité. Le liquide contenu dans la tunique vaginale était louche ; la tunique séreuse était recouverte d'un produit pseudo-membraneux peu épais.

Le malade avait présenté des douleurs lancinantes, augmentant à la pression.

Dans le service de M. Nélaton, nous avons vu un fait semblable. Un vieillard entra dans le service, se disant porteur de sa tumeur de-

puis longtemps. Il avait une tumeur du volume d'un poing d'adulte, douloureuse, chaude, fluctuante partout, siégeant à la bourse droite.

M. Nélaton diagnostiqua une hydrocèle enflammée, et ouvrit largement la tunique vaginale ; il en sortit de la sérosité mêlée à du pus et à quelques grumeaux fibrineux.

L'inflammation dans l'hydrocèle est donc constatée en fait. Depuis que Pott, Bertrandi, Boyer, A. Cooper et Dupuytren, ont parlé d'hydrocèles à parois épaisses, cartilagineuses, osseuses, fibreuses, la supposition de l'inflammation lente dans les hydrocèles avait été déjà faite, bien que ces lésions de l'hydrocèle aient été décrites comme des maladies à part. Les deux faits que nous rapportons confirment l'hypothèse de l'inflammation des hydrocèles.

Comment reconnaître les hydrocèles enflammées? Dans les deux cas cités, il n'y a pas eu de doutes dans l'esprit des chirurgiens : une tumeur, contenant autant de pus que le faisait supposer la fluctuation, aurait déterminé des accidents extrêmement graves immédiatement ; puis l'existence d'une tumeur datant de longtemps est un signe qui se rapporte peu à des phlegmasies aiguës franches.

Les hydrocèles à parois épaisses et transformées, quoique remplies du liquide citrin habituel de l'hydrocèle, par le fait même du changement survenu dans leurs parois, se manifestent par des caractères différents.

Parmi les signes anatomiques, la transparence fait complétement défaut. La tumeur n'est pas dépressible, mais d'une consistance égale en tous les points (Boyer). Il y a quelquefois une apparence de fluctuation, une sensation analogue à celle que l'on éprouve en froissant du parchemin; la ponction exploratrice éclaire en dernier ressort.

Les observations apprennent que la tumeur n'est point douloureuse, qu'elle dure depuis de longues années, et ce sont là les signes physiologiques importants.

Enfin quelquefois les malades ont été traités pour une hydrocèle dans la même tunique vaginale, et ils ont souffert quelquefois; mais ce signe pathologique est vague.

La première réflexion qu'inspire *a priori* le galactocèle de la tunique vaginale, c'est que l'observation donnée par Vidal (de Cassis) est une erreur d'appréciation. Une analyse chimique a été faite et semble concluante : mais il n'est pas moins douteux que les globules trouvés soient des globules de lait, en même temps qu'il paraît impossible qu'il y ait sécrétion de lait là où il n'y a point d'organe sécréteur. En 1860, M. Velpeau a vu un cas du même genre : un épanchement dans la tunique vaginale d'un liquide blanc, bleuâtre. « L'évolution, les caractères de cette tumeur, disait M. Velpeau, indiquent une hydrocèle de la tunique vaginale; il ne reste plus qu'à faire une ponction exploratrice. » Il sortit un liquide analogue à du lait. M. Robin, dont on connaît l'expérience, examina le liquide, auquel il trouva toutes sortes de caractères, excepté ceux du lait. Du reste, bien que le liquide fût salé, il ne se coagula point spontanément, et les éléments gras qui furent trouvés n'étaient pas très-différents de ceux qui se rencontrent dans le pus.

A. Cooper avait dit : « Le liquide de l'hydrocèle varie dans ses propriétés physiques; il contient quelquefois une certaine quantité de matières blanchâtres, légères, produits de l'inflammation chronique, et que j'ai rencontrée souvent dans les hydrocèles d'individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales. » Il ajoute avoir vu pareilles choses sur des individus qui avaient toujours vécu en Angleterre. Cette matière blanchâtre est, suivant l'auteur, constituée « par de la lymphe coagulable qui se précipite d'un liquide plus aqueux. »

Peut-être pourrait-on encore admettre que ce liquide provient de la rupture d'un kyste du testicule, ou de l'épididyme dans une hydrocèle. C'est là une opinion qui peut se soutenir, quoique l'on n'ait point trouvé de spermatozoaires dans le liquide évacué.

C'est une opinion à laquelle se rattacherait le plus volontiers M. Robin.

M. Velpeau l'a dit, les signes de ces hydrocèles qui se sont vues décorées du nom de *galactocèles* sont ceux des autres hydrocèles, moins la transparence. Une ponction donnant issue à du liquide coloré explique le défaut de transparence et la modification du liquide, entraînant une modification d'un signe anatomique.

En résumé, voici les signes de l'hydrocèle :

A. *Signes anatomiques.* Forme se rapprochant toujours d'un ovoïde, d'une poire ou d'un bissac; fluctuation au début, et possibilité de trouver le testicule au milieu du liquide. Plus tard, transparence, tremblotement, dépressibilité ; résistance uniforme, avec opacité de la tumeur dans les hydrocèles à parois épaisses ; peu de mobilité de la tumeur dans le scrotum.

B. *Signes physioloiques.* Indolence.

Évolution lente, insensible; durée proportionnée au volume de la tumeur.

Causée par violence agissant sur le scrotum et produisant l'hydrocèle, comme les coups sur les genoux, qui déterminent des hydarthroses.

Séjour dans les Indes, où les nuits froides succèdent à des journées extrêmement chaudes, et où les causes de refroidissement sont d'autant plus puissantes.

Professions pénibles, où les individus sont toujours debout.

C. *Signes pathologiques.* Blennorrhagies, orchites et hydrocèles antérieures; hydrocèle plus petite du côté opposé. Dans beaucoup d'observations, ce fait est noté; pour notre part, il est peu de cas où nous n'ayons pu le rencontrer.

Hématocèle.

J.-L. Petit, Pott, rapportent des faits d'hématocèle. Après une ponction d'hydrocèle, il y eut reproduction de la tumeur dans les trois ou quatre jours qui suivirent. Le premier auteur signale encore un fait de contusion d'une hydrocèle suivie immédiatement d'un gonflement énorme. Dans A. Cooper, les observations 436 et 437 sont des observations de piqûres du testicule, suivies d'hémorrhagie dans la tunique vaginale, avec reproduction immédiate de la tumeur. Les observations 438 et 439 sont des faits de contusion d'hydrocèle dont le résultat a été de produire un épanchement sanguin dans l'hydrocèle. L'observation 440 a trait à une hydrocèle double dont une a été contusionnée et est devenue une hématocèle. Pelletan cite un cas analogue; M. Velpeau, dans ses leçons cliniques, a donné plusieurs exemples d'hydrocèles transformées en hématocèle. Un fait, entre autres, mérite attention : c'est celui d'un malade dont la tumeur s'était reproduite un mois après la ponction; une nouvelle ponction donna issue à de la sérosité mêlée de sang. Dans la collection des observations de M. Velpeau on trouve ce fait :

Un malade exerçant une profession pénible, celle de forgeron, portait deux tumeurs dans les bourses, ayant l'apparence d'hydrocèles : à gauche, la tumeur était transparente; à droite, elle était obscure. Le diagnostic porté fut une hydrocèle à droite, hydro-hématocèle à gauche; il sortit à droite de la sérosité, à gauche un liquide séro-sanguinolent (2). M. Gosselin rapporte, dans les notes du livre de Curling, qu'il a vu une hydrocèle transparente devenir opaque dans l'espace de vingt-quatre heures; il sortit à la ponction un liquide séro-sanguinolent.

Toutes ces observations sont des hématocèles traumatiques, mais dans des conditions spéciales.

Il existe d'autres hématocèles traumatiques, des épanchements de sang dans la tunique vaginale saine. Les deux observations d'hématocèle traumatique du testicule, qui existent dans les ouvrages modernes, sont également des observations d'hématocèles traumatiques de la tunique vaginale.

Voyons d'autres observations : Un laboureur avait reçu un coup sur le scrotum, à gauche il s'était développé une tumeur du volume d'nn œuf d'oie; la tumeur fut heurtée, prit un nouvel accroissement. Bowman fit une ponction qui donna issue à une liquide rouge-brun en partie coagulé ; la tumeur se reproduisit en lenteur, et on trouva la tunique vaginale épaissie, tapissée à sa face interne par un dépôt de couches fibrineuses, ~~collection de M. Velpeau~~.

A la suite d'une chute, A..... vit son scrotum se tuméfier environ un mois après ; la tumeur devint un peu douloureuse. Le 15 janvier 1859, la tumeur fut un peu douloureuse, puis augmenta. Une ponction fut faite : issue de 400 grammes de sérositéclaire ; en mars, nouvelle ponction : il ne sort que du sang. Une troisième ponction a été faite quelque temps après ; il sortit environ 80 grammes de sérosité claire.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur a le volume du poing ; elle est globuleuse, sans transparence, d'une résistance à peu près uniforme et donnant l'idée d'une coque épaisse. Ponction exploratrice issue de sang et de sérosité ; inflammation vive les jours suivants ; castration.

La tunique vaginale est trouvée épaisse, formant plusieurs couches d'une épaisseur moyenne de 5 millimètres, et des fausses membranes adhérentes à la face interne ; la cavité de la tunique contient une masse pulpeuse et des caillots sanguins (3).

Un malade qui avait été opéré par la ponction et l'injection dans le service de M. Manec, où nous étions interne, pour une hydrocèle simple, guérit ; il vit sa tumeur se reproduire ; une nouvelle ponction fut faite, la tumeur se reproduisit encore. Le malade, lorsque nous

l'avons retrouvé dans les salles de M. Nélaton, nous a dit avoir beaucoup souffert au moment de la seconde opération.

Il portait à gauche, dans le scrotum, une tumeur du volume de la forme d'un œuf, opaque, d'une résistance égale en tous les points; la tumeur était à peine mobile dans le scrotum; il n'y avait pas de douleurs. M. Nélaton diagnostiqua une hématocèle et ouvrit largement le scrotum. Nous avons remarqué, pendant l'opération, que la peau du scrotum ne s'écartait point, et que la tumeur ne tendait point à sortir du testicule, comme cela s'observe pour les tumeurs du corps du testicule. Il sortit un liquide rouge-brun; la tunique vaginale était très-épaisse et tapissée de quelques fausses membranes (4); le malade guérit.

L'observation 434, de Cooper, est du même genre que les précédentes. Dans Boyer, une première observation, placée dans le chapitre intitulé *De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a donné improprement le nom de sarcocèle*, a trait à un malade qui portait une hydrocèle double, dont une a été transformée; la tunique vaginale était épaisse de 8 à 10 lignes, elle contenait un liquide sanguinolent.

L'histoire du berger est encore concluante. Ce garçon portait depuis trois ans une tumeur qui, dans la pensée de Boyer, était une hydrocèle. A la suite d'une marche de 40 lieues, la tumeur s'enflamma et augmenta de volume. Une ponction, faite par Boyer à la Charité, donna issue à un liquide analogue à du marc de café; le testicule fut enlevé.

« L'épaississement de la tunique vaginale fut alors manifeste, il avait environ 6 lignes; la surface exhalante était recouverte de concrétions membraniformes semblables à celles que l'on rencontre dans certaines membranes affectées d'*inflammation chronique*. »

La dernière observation de Boyer, celles que Dupuytren a observées, sont encore des hématocèles de même nature.

Il y a une autre série d'observations d'hématocèles, et ce sont les plus rares; tel est le fait 435 de A. Cooper. Il s'agit d'un malade qui portait depuis dix-sept ans une tumeur piriforme, ayant acquis peu à peu le volume des deux poings, sans transparence, avec fluctuation très-obscure; la tumeur fut incisée, il sortit une liqueur de la couleur du café noir; la tunique vaginale était très-épaissie.

Et celui-ci : P....., 26 ans, porte deux tumeurs aux bourses, plus volumineuse à gauche.

Depuis sept ans, à la suite d'une pression du testicule contre le pommeau d'une selle, il survint une tuméfaction du volume du poing et diminua ensuite. Cinq années après, la tumeur reparut; notons que le malade avait toujours continué de monter à cheval; six mois après, une tumeur apparut a droite.

M. Velpeau reconnut le caractère de l'hydrocèle à droite. A gauche, la régularité de la tumeur, son défaut de transparence, portèrent le chirurgien à diagnostiquer une hématocèle; une ponction fut faite, il sortit du sang noirâtre. Une incision portée sur la tunique vaginale permit de constater son épaisseur et sa résistance; une seconde incision fut faite, un séton posé, le malade guérit (5).

Nous avons observé dans le service de M. Nélaton le cas suivant :

C....., 28 ans, depuis l'âge de 12 ou 14 ans, porte une tumeur dans la bourse gauche, lentement accrue, développée sans cause appréciable; depuis quelques jours, la tumeur a paru grossir un peu plus, et le malade a éprouvé quelques douleurs.

Examen. Tumeur pyriforme, grosse comme une grosse orange, uniforme, résistante en tous points. Nous l'avons trouvée non fluctuante, obscure, non pédiculée; la peau est vascularisée, et quoiqu'il n'y ait pas d'adhérences à la peau, la tumeur n'est point mobile dans le scrotum; on ne put reconnaître la position du testicule. Rien ailleurs, ni dans le cordon, ni dans la fosse iliaque. Une ponction exploratrice est faite par M. Richard, remplaçant alors M. Nélaton. Il sortit un liquide ayant la coloration du chocolat. Le

malade eut un peu de fièvre les jours suivants, il fut opéré par incision et décortication ; la tunique vaginale avait 8 millimètres d'épaisseur, avec un aspect et une consistance fibreuse, et était tapissée par une fausse membrane en voie d'organisation et sans aucun doute de formation nouvelle. Pendant l'opération, il a été facile de voir que la tunique vaginale ainsi transformée était plus adhérente aux couches sus-jacentes que normalement. Le malade succomba à l'infection purulente (6).

Dans Curling p. 245 : un juif portugais portait une humeur grosse comme trois fois le testicule sain, elle avait mis douze ans à se développer. Tumeur résistante, pesante, sensation vague de fluctuation ; ponction exploratrice, issue de sang.

Un diagnostic étrange fut porté à l'hôpital de Londres : une orchite chronique. L'iodure de potassium fut donné. Rien ne changea Curling essaya de rechercher la position du testicule en provoquant la sensation testiculaire et crut sentir de la fluctuation en avant. Il y plongea un trois-quart; puis, après avoir enfoncé il arriva à ne plus trouver de résistance, et il sortit par la canule un liquide brun-rouge. La castration fut faite, il se trouva que le testicule était en inversion et que c'était lui qui correspondait au point fluctuant. On reconnut que la tunique vaginale était épaissie et dure comme du cuir.

M. Gosselin (notes dans Curling) rapporte un fait emprunté à un malade qui depuis quinze ou vingt ans porte une tumeur à évolution lente, insensible, douloureuse depuis quelques jours, avec fièvre intense, tumeur pyriforme, obscurément fluctuante. M. Gosselin craignait un cancer; Legendre, médecin de Sainte-Eugénie, croyait à une hématocèle. Une ponction donna issue à du liquide chocolat. La décortication fut pratiquée, la tunique vaginale était très-épaissie. Le malade guérit, malgré des abcès développés dans les bourses et au périnée.

Enfin M. Gosselin cite encore le fait suivant. Antoine C..., 20 ans,

depuis huit ans a vu son testicule gauche se développer lentement, sans cause appréciable et sans douleurs, jusqu'à ce qu'il ait acquis le volume du poing; la tumeur est dure, pesante, sans transparence, offre une résistance égale partout, et une fluctuation qui paraît pr - fonde.

Diagnostic. Hématocèle; décortication. La tunique vaginale est épaissie et recouverte de fausses membranes non-seulement sur la portion pariétale de la tunique vaginale, mais encore sur la portion viscérale.

Ces faits prouvent que dans les maladies de la tunique vaginale, il y a deux groupes distincts : l'hématocèle traumatique et l'hématocèle spontanée.

1° L'hématocèle traumatique se produit dans deux cas: ou bien le sang s'épanche dans la tunique vaginale saine, ou bien il s'épanche dans la tunique vaginale distendue par une hydrocèle, ou dans la séreuse qui vient d'être débarrassée du liquide de l'hydrocèle.

2° l'hématocèle spontanée, qui me paraît devoir être appelée avec beaucoup plus de justesse vaginalite chronique, existe dans deux conditions :

1° Ou bien dans une hydrocèle où il s'est épanché du sang à la suite d'une violence extérieure, d'une piqûre du testicule ou d'un effort après une ponction ; 2° ou bien sans cause appréciable. Aux lésions du premier genre convient le nom de vaginalite chronique dans l'hydro-hématocèle ; aux lésions du second genre convient le nom de vaginalite chronique spontanée. En concevant ainsi les lésions de la tunique vaginale où il y a un épanchement de sang ou un liquide qui témoigne qu'il y en a eu à un moment donné, le diagnostic devient simple et facile.

Si au contraire j'appelle hématocèle une tumeur constituée surtout par une transformation de la tunique vaginale et ordinairement par un liquide toujours peu abondant, ainsi que le démontrent les observations, je ne sais plus me rendre compte des pseudo-membranes, et je me trouve obligé de choisir entre l'opinion de M. Velpeau, qui

voit dans les produits pseudo-membraneux des caillots fibrineux, et l'opinion contraire, qui rattache ces produits à l'inflammation déterminée par la présence du sang. Je comprends l'hydro-hématocèle enflammée; mais l'hématocèle spontanée, lorsque j'étudie sa marche, je ne vois nulle part le moment où l'épanchement du sang se produit dans la lésion, et je trouve les traces d'une hémorrhagie insignifiante, à côté de lésions organiques remarquables de la tunique vaginale, des pseudo-membranes organisées sous forme de tissu fibreux.

M. Gosselin avait déjà ouvert la voie aux raisonnements de cette nature lorsqu'il a dit que les foyers apoplectiques de la fausse membrane indiquaient la source de l'hémorrhagie, il ne restait à ajouter que ces mots pour la vaginalite chronique spontanée. La maladie de la tunique vaginale existe avant l'épanchement sanguin; la lésion réelle des hématocèles spontanées est une vaginalite chronique.

La vaginalite chronique, dans l'hydro-hématocèle, n'est pas une conséquence forcée de l'épanchement sanguin, c'est une lésion qui se surajoute à une autre. Sans doute, on dira que le sang épanché est sujet à des transformations, et que la lésion de la tunique vaginale est dans ce cas. Mais je répondrai que la pneumonie n'est pas une transformation de l'épanchement du sang dans le tissu pulmonaire, et je demanderai encore si l'on a jamais songé à appeler la péricardite chronique avec exhalation sanguine une hématocèle spontanée du péricarde?

Dans la tunique vaginale, *l'hématocèle traumatique sans lésion préalable* se reconnaît :

a. *Signes anatomiques.* Tuméfaction du scrotum, impossibilité de trouver le testicule isolé; ce qui peut se faire dans l'hématocèle pariétale (Béraud et Gosselin); fluctuation, issue de sang pur ou noirâtre par une ponction; douleur à la pression.

b. *Signes physiologiques.* Apparition de la tumeur au moment où le coup est reçu, douleur très-vive.

c. *Signe pathologique.* Ecchymose aux bourses.

Hématocèle dans une hydrocèle ponctionnée.

a. Tumeur tendue affectant la forme de l'hydrocèle, fluctuante ou d'une consistance pâteuse. Impossibilité de sentir le testicule isolé.

b. Douleur au moment où la ponction de la tunique vaginale est faite. Reproduction de la tumeur en peu de temps.

c. Jamais d'ecchymose (J.-L. Petit), signes inflammatoires, quelquefois vaginalite; le malade dit quelquefois qu'il est sorti du sang lorsque la ponction de l'hydrocèle a été faite.

Hématocèle dans une hydrocèle.

a. Tumeur affectant la forme de l'hydrocèle, dépressible, peu fluctuante à cause de la tension de la tunique vaginale ; consistance égale en tous points. Le liquide évacué par la ponction exploratrice est un liquide analogue à de l'eau de groseille plus ou moins foncée ; quelquefois rouge rutilant.

b. Augmentation rapide de la tumeur après le coup.

e. Hydrocèle antérieure, ponctionnée ou récidivée. Pelletan a vu une fois une ecchymese.

La vaginalite chronique, dans les hydro-hématocèles, offre des signes analogues à ceux de la vaginalite chronique spontanée, sauf que la tumeur a, dans le premier cas, toutes les allures d'une hydrocèle, que la fluctuation peut, à la rigueur, être constatée, que l'on retrouve, en questionnant le malade, une hydrocèle dans ses antécédents, enfin que malgré sa longue durée, l'hydro-hématocèle avec vaginalité atteint, en général, plus vite un grand volume. Dans les vaginalites qui succèdent à une ponction d'hydrocèle, la marche relativement est très-rapide.

La *vaginalite chronique* d'emblée se reconnaît aux signes suivants.

a. Tumeur petite au début et n'atteignant pas un volume aussi grand que l'hydrocèle.

Tumeur ovoïde, rappelant la forme du testicule, régulière, également résistante en tous les points; cédant légèrement sous la pression; opaque, jamais fluctuante; immobile dans le scrotum. Jamais de bosselures bien marquées; à la ponction issue de liquide; mais il peut arriver qu'il ne sorte que du sang, comme l'ont vu Hunter et Bérard. Mais peut-être, dans ce cas, le trois-quart était-il introduit dans le testicule.

b. Évolution extrêmement lente : 6, 12, 17, 20 ans, tel est le temps que la tumeur met à acquérir le volume maximcm d'une tête de fœtus. Les malades ne souffrent pas. Ils accusent quelquefois des malaises qui sembleraient indiquer le moment des poussées inflammatoires.

E. Cloquet avait essayé d'établir que cette lésion était liée à l'établissement de la puberté. Jusqu'à présent ce n'est point admis.

c. La peau présente quelquefois une vascularisation qui paraît en rapport avec l'inflammation chronique profonde.

L'hématocèle du premier groupe ne peut être confondue qu'avec une hydrocèle à parois épaisses. La forme de la tumeur est la même; la durée à peu près égale; la fluctuation est rare : la ponction jugera l'affection.

La vaginalite chronique n'a aucun rapport avec l'hydrocèle. Toutes les erreurs qui ont eu lieu viennent d'une confusion des caractères des cancers du testicule avec ceux de l'hématocèle; nous verrons, en parlant du cancer, comment celui-ci diffère de l'hématocèle.

La vaginalite chronique est susceptible de s'ulcérer. La thèse de M. Jamain (*Hématocèle du scrotum*) renferme un fait observé par M. Nélaton. Une ulcération du scrotum conduisait dans une cavité qui n'était autre chose que celle de la tunique vaginale. Il s'en écoulait une matière putride; si l'on comprimait la poche après avoir appliqué les parois l'une contre l'autre, lorsqu'on cessait de comprimer, la poche revenait sur elle, comme une poche de caoutchouc. La connaissance de ce fait servira de moyen de diagnostic dans des cas aussi exceptionnels.

Hématocèle du testicule.

L'hématocèle du testicule a été supposée par Pott, qui proposait la castration comme traitement. Elle a été vue par J.-L. Petit, dont nous signalons l'excellente observation, rapportée depuis par tous les auteurs qui ont parlé de l'hématocèle du testicule, M. Béraud en particulier, qui a apporté une nouvelle observation empruntée à M. Giraldès (Béraud, *Arch.*, mars 1851).

Voilà deux observations d'hématocèle du testicule, toutes deux traumatiques. Elles nous apprennent : que la lésion suit immédiatement la violence extérieure; qu'il y a en même temps hématocèle de la tunique vaginale; que la quantité de sang épanché dans le testicule est très-petite, et qu'il existe une coloration violacée sur la tunique albuginée au point correspondant à l'épanchement.

Pour ce qui est du diagnostic, nous dirons que le testicule, suivant M. Béraud, serait bosselé, douloureux au toucher. Mais, pour constater cet état de l'organe, il faut que la tunique vaginale soit débarrassée du sang qu'elle contient. La douleur extrêmement vive que les malades éprouvent, appartenant à la contusion du testicule dont l'hématocèle est un degré, pourrait faire supposer cette dernière lésion. La seule indication qui ressorte de la lecture des deux observations citées, c'est, dans les cas de contusion des bourses, alors que les malades éprouvent de vives douleurs, la nécessité d'évacuer le sang contenu dans la tunique vaginale, et de rechercher quel est l'état du testicule.

Parmi les autres observations données comme des hématocèles de testicule, les unes, décrites par Curling, seront signalées plus loin sous le nom qui leur convient; les autres sont, comme cette observation de Dupuytren recueillie chez un homme de couleur, un exemple de lésions multiples. Il a été trouvé sur la pièce une ulcération de la tunique vaginale, mettant à nu la substance testiculaire, et une vaginalite chronique. Il se pourrait qu'il y ait eu là une hé-

matocèle ou contusion du testicule; la portion de la tunique albuginée contusionnée aurait, dans ce cas, été détruite pendant que s'établissait un état inflammatoire lent propre à la vaginalite chronique.

IIe CLASSE.

Orchites aiguës.

L'inflammation du testicule et de ses annexes n'est point une. L'épididyme est la partie de la glande le plus souvent affectée. Le testicule peut se prendre après l'épididyme et ne suppure pas davantage, dans la grande majorité des cas : la tunique vaginale s'enflamme seule ou en même temps que l'épididyme et le testicule. Ces inflammations diverses se confondent, se succèdent, et se remplacent.

Les faits, en nombre considérable, mettent hors de doute l'épididymite, l'orchite même; quant à la vaginalite, on en parle peu et elle est souvent méconnue.

§ Ier. — Épididymite.

Dans une observation de M. Marcé, on trouve une description des lésions d'une épididymite (Curling, notes).

« La queue de l'épididyme était gonflée et formait une masse dure; après avoir été fendue, elle nous a offert une substance jaune, uniforme, au milieu de laquelle on distinguait des flexuosités de l'épididyme augmenté de volume, et nous avons pu reconnaître que la coloration jaune était due à un dépôt de matière plastique. »

M. Robin, notre histologiste national, dont on connaît l'expérience et l'habileté, a trouvé dans cette matière jaune des granulations graisseuses et des globules granuleux d'inflammation.

« De ce fait, il a été positif pour M. Gosselin, que l'exsudation remplit la cavité même et la paroi du canal épididymaire, ce qui permet de comprendre que l'oblitération ait lieu dans le cas où cette exsudation passe à l'état fibreux. »

Dans le mémoire de M. Gaussail (*Arch. de méd.*, t. I, p. 27), deux autopsies ont été faites. Il y avait du liquide dans la tunique vaginale dans les deux cas, avec des produits pseudo-membraneux. La tumeur était constituée par l'épididyme; le testicule était rouge un peu foncé, mais il n'y avait pas trace de pus. Malgré cela, Curling croit que l'épididymite peut suppurer; il dit avoir vu quelques faits de cette nature. A dire vrai, il pense que les abcès se forment autour de l'épididyme. Il semble donc résulter du peu de constatations anatomiques des lésions de l'épididyme que l'inflammation dans cet organe a pour caractère général de se terminer par résolution ou induration.

A côté de l'épididymite, il y a des lésions secondaires, des lésions inflammatoires du cordon. Sur 67 observations d'orchites empruntées à la collection de M. Velpeau, 23 fois le cordon a été trouvé engorgé, douloureux à la pression. A. Cooper semble indiquer que le canal déférent est susceptible de s'enflammer. La théorie de la propagation de l'inflammation blennorrhagique, par le canal déférent, à l'épididyme, fournit une raison acceptable, qu'une phlébite ou angioleucite du cordon pourrait, à la rigueur, expliquer.

Les signes de l'épididymite sont les suivants :

a. Tuméfaction plus ou moins considérable de l'épididyme, irrégulière, mais conservant la forme et la direction de l'épididyme; douloureuse à la pression ; quelquefois rougeur du scrotum.

b. Apparition instantanée des phénomènes inflammatoires. Durée courte de la maladie, pas moins de dix jours, pas plus de vingt-cinq (M. Velpeau). Causes variables : une blennorrhagie ordinairement est la cause première, puis un effort, une profession pénible, des excès vénériens dans le cours d'une blennorrhagie, des coups,

des injections irritantes, sont les causes occasionnelles. L'épididymite peut venir à la suite d'un effort seul, à la suite de la masturbation. Nous avons recueilli cette année deux observations d'épididymite avec des oreillons; il y a des épididymites traumatiques.

c. L'épididymite peut être accompagnée d'épanchement dans la tunique vaginale. Lorsque les malades ont marché, il est de règle que la tunique vaginale contient du liquide ; quelquefois, pendant la première nuit que les malades passent à l'hôpital, l'épanchement disparaît ; mais le plus souvent il ne disparaît pas. La quantité de ce liquide est variable, et il se reconnaît à une fluctuation qu'il est difficile de bien apprécier néanmoins.

Souvent les malades ont de la vaginalite aiguë ; nous verrons plus loin ses caractères. Enfin il n'est pas rare de voir des affections tuberculeuses du testicule débuter par une épididymite ; comme la tuberculisation pulmonaire survient quelquefois après une pneumonie (Dufour, thèse, *Tuberculisation des organes génitaux*).

§ II. — Orchite.

Les lésions de l'inflammation du corps du testicule sont encore moins connues que celles de l'épididymite. Nous ne trouvons rien autre chose que ce qui a été dit plus haut. La substance du testicule paraît d'un rouge plus foncé ; il n'a guère été examiné que des testicules affectés autrefois d'inflammation.

Aussi Curling dit : « Les cloisons paraissent plus distinctes et entrent pour une plus large part dans la composition de la glande. » A. Cooper avait dit : « Les cloisons sont beaucoup plus apparentes qu'à l'ordinaire ; les conduits séminifères sont indubitablement diminués de volume, plusieurs d'entre eux sont transformés. »

Dans l'orchite parenchymateuse, la tuméfaction acquiert un volume quelquefois énorme, surtout quand il y a vaginalite. L'inflammation aiguë du testicule se termine par résolution ou suppuration. Par résolution, c'est la terminaison normale de l'orchite; par sup-

puration alors, l'orchite passe à l'état chronique, et le pus met un temps plus ou moins long à se faire jour au dehors.

L'orchite existe sans épididymite dans certaines circonstances seulement, par exemple, dans des oreillons, dans les fièvres graves ; mais le plus souvent elle existe avec l'épididymite.

On reconnaît l'orchite en constatant :

a. Une tuméfaction arrondie en avant, se rapprochant de la forme du testicule, et uniformément résistante et douloureuse au contact.

b. Une douleur spontanée plus vive que dans l'épididymite de la fièvre. Si la maladie est survenue après une épididymite, on peut trouver un défaut de précautions et de soins chez les malades. L'orchite vient-elle après la masturbation et l'abstinence de rapports sexuels ? Peut-être.

c. Une épididymite, des oreillons.

L'orchite peut être suivie de la dégénérescence tuberculeuse du testicule.

Avant de terminer ce qui a trait à l'orchite, il est bon de dire que sur nos 65 observations, 11 fois seulement il y a eu une orchite avec l'épididymite.

§ III. — Vaginalite.

Quoique la vaginalite n'ait pas été décrite à part, malgré ce qu'en avait dit A. Cooper ; quoique Rochoux n'ait pu la faire admettre en la déclarant inévitable dans la blennorrhagie ; jusqu'à M. Béraud, qui a écrit un mémoire sur l'orchite varioleuse (*Arch. gén. de méd.*, mai 1859), la vaginalite était simplement considérée comme une complication insignifiante de l'orchite. 10 autopsies ont montré à M. Béraud une vaginalite pseudo-membraneuse ; 9 fois sans lésion du testicule, 1 fois avec un état du testicule analogue à celui qui a été trouvé dans l'orchite aiguë, c'est-à-dire de la congestion.

On admet généralement que dans la vaginalite, il y a du liquide épanché dans la tunique vaginale ; que la membrane séreuse perd

son poli, qu'elle se recouvre de fausses membranes, et enfin qu'il se forme des adhérences entre les deux feuillets de la tunique vaginale. A cela il faut ajouter que l'hydrocèle peut être le résultat d'une inflammation de la tunique vaginale, au même titre que l'épanchement pleural peut succéder à une pleurésie aiguë; que la vaginalite aiguë peut passer à l'état chronique.

Sur nos 67 observations, 44 fois il a été indiqué qu'il y avait du liquide dans la tunique vaginale; 9 fois le liquide évacué par la ponction avec la lancette était louche et comme mêlé à du pus. Nous pouvons donc tirer de ce tableau que la vaginalite est assez fréquente dans l'inflammation du testicule. Si nous cherchons maintenant comment se comporte la vaginalite avec l'épididymite et l'orchite, nous trouvons 6 fois la vaginalite dans les 11 orchites et épididymites, et 3 fois avec l'épididymite seule.

La vaginalite peut exister seule dans certaines inflammations traumatiques du testicule par effort, qui disparaissent, grâce à un cataplasme simple. Pour se faire une idée des manifestations de la vaginalite, il suffit de se reporter à ce qui se passe lorsque l'on opère l'hydrocèle par ponction et par injection. Le lendemain de l'opération, le scrotum acquiert un volume énorme; sa peau est rouge, luisante, tendue, œdémateuse. Les malades ne souffrent pas, mais le contact provoque des douleurs vives, quelquefois il y a de la fièvre. Les phénomènes inflammatoires durent de 4 à 7 jours; la résolution se fait lentement, et il n'est pas rare de percevoir après ce temps une crépitation produite par le frottement, l'une contre l'autre, des deux surfaces séreuses enflammées.

Nous avons, en ce moment, un malade atteint d'orchite blennorrhagique datant de sept jours. La bourse droite a le volume d'un gros poing, on ne sent ni le testicule ni l'épididyme, le scrotum est tendu, œdématié, rouge, sans fluctuation. Nous pensons de suite que la vaginalite est la lésion dominante dans cette tumeur. Une ponction avec la lancette est faite et laisse sortir un liquide louche peu

abondant. Les jours suivants, la rougeur disparut et le gonflement cessa peu à peu. Le testicule et l'épididyme peu gonflés reviennent à l'état normal (7).

Quelques lits plus loin, un homme portant deux hydrocèles fut opéré injecté d'un côté. Le lendemain, il survint un gonflement égal en volume à l'hdyrocèle ponctionné; le scrotum était rouge, tendu, œdématié, sans fluctuation. Quatre jours après, la rougeur a disparu, le gonflement persiste. En froissant le testicule, on perçoit une sensation analogue à celle que l'on produit en frottant du verre avec les doigts mouillés. La résolution se fait lentement; le testicule, trouvé parfaitement sain au moment de la ponction, paraît un peu augmenté de volume (8).

Nons avons dans ces deux observations tous les signes anatomiques de la vaginalite.

a. Tuméfaction, œdème inflammatoire du scrotum sans fluctuation, issue d'un liquide séro-purulent à la ponction, douleur vive à la pression.

b. Les signes physiologiques sont un début brusque, comme l'orchite et l'épididymite, causes générales des orchites et épididymites.

c. La vaginalite aiguë semble exister surtout avec la variole. Curling cite le fait d'une vaginalite aiguë chez un enfant atteint d'une fièvre grave.

Nous avons vu ce qu'était la vaginalite chronique dans le chapitre qui traitait de l'hydrocèle et de l'hématocèle. Les hydrocèles enflammées rentrent dans la vaginalite aiguë. La vaginalite chronique des épanchements séreux est une des causes les plus puissantes qui déterminent les transformations pseudo-osseuses, pseudo-cartilagineuses et fibreuses, dans les parois épaisses de certaines hydrocèles, comme dans les hématocèles spontanées elle est la lésion véritable.

II. Orchite chronique.

Comme toutes les affections inflammatoires chroniques, l'orchite chronique succède à l'orchite aiguë ou se développe lentement. Autrement : les orchites chroniques sont des terminaisons de l'orchite aiguë ou une transformation lente des éléments anatomiques du testicule, en vertu d'un état sub inflammatoire. On est donc conduit à envisager l'orchite chronique d'une autre manière que Curling. Cet auteur admet en effet une lésion essentielle propre : l'exsudat d'une matière plastique jaune. Nous ne reprendrons pas ici toutes les objections qui se sont justement élevées contre une telle création de l'esprit.

Cherchons les faits qui se rapportent à l'orchite chronique. Ce que M. Cruveilhier a représenté comme une orchite chronique ressemble à des tubercules plus qu'à toute autre chose. A. Cooper, M. Nélaton (*Moniteur des hôpitaux*, 1855), M. Denonvilliers (cité par M. Gosselin), M. Broca, ont vu des abcès chroniques du testicule. A propos de dépôts calcaires du testicule, Curling rapporte deux cas d'abcès; le second surtout est manifestement une orchite passée à l'état chronique, le testicule était resté volumineux depuis une orchite aiguë. Deux abcès se formèrent longtemps après, et il sortit une fois, avec du pus, une masse calcaire.

A côté de cette observation, où la durée de la maladie est extrêmement longue, voici une orchite parenchymateuse, qui est un cas d'abcès du testicule et d'une durée assez courte pour que l'on puisse constater la place que nous assignons à la maladie dans notre cadre.

C....., 22 ans, entre avec une tumeur testiculaire gauche, gonflement inflammatoire formé par le testicule et l'épididyme, dur, douloureux à la pression.

Il y a deux mois, blennorrhagie ; il y a dix jours, coït avec excès ; trois jours après est survenu une orchite. Le malade continue son travail de porteur à la halle. Au bout de sept jours, il entre dans le

service. Le 10 juin, cinq ponctions sont faites avec une lancette, il sort une trace de liquide séreux; un peu d'amélioration, le testicule est toujours dur. Le 15, suppuration par une des piqûres. Les jours suivants, suppuration abondante, une fistule s'établit, la substance testiculaire apparaît grisâtre à l'ouverture, elle s'élimine peu à peu. Le 22 juillet, les bords de la fistule se recouvrent de bourgeons, ainsi que le fond du clapier, sous l'influence d'un pansement avec l'onguent de la mère. Le malade sort pour aller à Vincennes, sa plaie étant en voie de cicatrisation (9).

Supposons un instant qu'il n'y ait pas eu de ponction de faite, et songeons au temps qui eût été nécessaire à l'ulcération de la tunique albuginée, nous verrons si l'on ne peut pas rapprocher cette observation des orchites aiguës passées à l'état chronique.

M. Velpeau a décrit des engorgements sub inflammatoires; nous avons trouvé plusieurs cas analogues dans sa collection. Les observations 380 et 381 d'A. Cooper, où les engorgements présentaient des recrudescences et des rémissions successives, sont encore des orchites chroniques. Il en est de même de cette observation (Curling) où un individu qui disait n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques attribuait sa tumeur à un excès vénérien; il guérit par le repos et le traitement mercuriel.

Voici un fait d'orchite chronique recueilli dans le service de M. Malgaigne.

D....., 45 ans, eut, pendant qu'il était soldat, plusieurs blennorrhagies, dont une a duré six mois, et pour lesquelles un long traitement mercuriel fut prescrit (méthode employée dans la chirurgie militaire) : en 1860, orchite à droite; deux mois après, orchite à gauche. Cette seconde orchite dura longtemps. Le 2 octobre, rechute. Le 17 octobre, le malade entre à l'hôpital avec une tuméfaction uniforme du testicule seul, sans accumulation de liquide dans la tunique vaginale. Une petite incision fut faite sur un point qui paraissait fluctuant. La tunique albuginée incisée, il ne sortit rien. La plaie suppure un peu et se referme. Dix jours après, nou-

veau point fluctuant, incision, issue de pus. Les jours suivants, suppuration abondante. Le 28 novembre, la plaie est refermée, il n'y a plus autour de la cicatrice qu'un peu d'induration qui diminue insensiblement (10).

Enfin à l'orchite chronique doivent être rattachées les orchites et épididymites terminées par induration, c'est-à-dire par une organisation des exsudats plastiques de l'inflammation aiguë et lente, où les éléments fibro-plastiques sont abondants, de l'avis de tous les histologistes.

1° Les hypertrophies, fréquentes chez les habitants des Antilles, rares chez les Européens.

2° L'albuginite chronique, c'est-à-dire l'épaississement et la transformation fibreuse de cette membrane, disposition déjà trouvée à l'état rudimentaire, comme nous l'avons vu sur les testicules atteints assez longtemps avant par une orchite aiguë. Une pièce démontrant l'hypertrophie fibreuse de l'albuginée a été montrée par M. Fano à la Société de chirurgie (*Bulletin,* t. V).

3° Les tumeurs fibreuses périididymaires, c'est-à-dire l'hypertrophie fibreuse du tissu cellulaire et de la tunique vaginale autour de l'épididyme, dans la thèse de M. Poisson (Paris, 1858); il y en a trois exemples. Nous avons pour notre part trouvé sur un cadavre une tumeur ainsi disposée, l'épididyme sain était enveloppé d'un revêtement fibreux dont la nature a été constatée au microscope; la substance tubuleuse du testicule et de l'épididyme était du reste parfaitement saine.

Signes des orchites chroniques suppurées; abcès chroniques.

a. Tumeur du corps du testicule, quelquefois de l'épididyme; mobile dans le scrotum; dans plusieurs cas, prolongation des signes inflammatoires; fluctuation rare. La ponction exploratrice ne donne de résultat certain que si on tombe sur l'abcès.

b. Développement rapide dans plusieurs cas; marche plus lente chez d'autres malades; peu de douleurs dans la majorité des cas.

c. Blennorrhagies, orchites antérieures; épanchement dans la tunique vaginale, rare. M. de Castelnau a cité un cas d'abcès du testicule dans une fièvre typhoïde (*Annales des maladies de la peau*).

Signes des orchites chroniques; engorgements subinflammatoires.

a. Tumeur régulière peu volumineuse.
b. Pas de douleurs, à la suite d'excès vénériens.
c. Orchite, hydrocèle.

Signes des orchites chroniques avec épaississement de la tunique albuginée; tumeurs fibreuses périidymaires.

a. Siége de la tumeur. Très-dure quand c'est le corps du testicule qui est le siége de la tuméfaction, liquide une fois dans les observations de M. Poisson, assez fréquent dans les albuginites (Ricord).
b. Indolence, développement insensible, quelquefois poussée inflammatoire.
c. Blennorrhagies antérieures, hydrocèle quelquefois.

L'écoulement de sperme sanguinolent n'a pas été constaté souvent par les observateurs; pour notre part nous n'en connaissons qu'un fait. C'est chez un de nos amis que nous l'avons rencontré, à la suite d'une orchite lente à disparaître. L'écoulement de sperme sanguinolent, dure depuis cinq ans, bien que le testicule soit parfaitement revenu à l'état normal. Une circonstance seule nous permet d'expliquer cette persistance ; c'est que le malade a eu une prostatite légère six mois après son orchite, encore n'est-ce là qu'une conjecture. L'efficacité du traitement par le proto-iodure, l'iodure de potassium, de l'avis de Cooper, M. Velpeau et Curling, est la règle dans l'orchite chronique subinflammatoire, et il est constant que ce traitement a hâté la résolution de beaucoup d'orchites même aiguës tardant à disparaître. L'essai de ce médicament servira donc au diagnostic.

III. De l'orchite chronique chez les individus atteints de syphilis; testicule syphilitique.

Que nous apprennent les autopsies de testicules syphilitiques? Brodie dit avoir trouvé des lésions analogues à celles de l'orchite chronique simple. Hamilton dit avoir vu des dépôts jaunâtres d'apparence tuberculeuse; il ajoute avoir constaté des testicules qui avaient subi la transformation fibreuse. M. Ricord, dans son *Précis iconographique des maladies vénériennes,* représente deux testicules syphilitiques doubles, et leur aspect est celui de testicules atrophiés et transformés en un tissu cicatriciel. Dans ses leçons, en 1845, le même auteur parle d'une albuginite avec dépôts plastiques. Des collections de pièces particulières renferment des testicules avec dépôts plastiques à la face interne de la tunique albuginée; il a été présenté cette année à la Société anatomique un testicule contenant du tissu fibro-plastique.

Sur 9 observations d'A. Cooper, 2 fois il y avait des accidents tertiaires en même temps qu'engorgement du testicule, une fois des accidents secondaires, une fois une maladie vénérienne sans détails a été suivie au bout de trois semaines d'un engorgement testiculaire. Une fois aucun antécédent n'est indiqué; 3 fois un chancre avait existé. Ce qui a trait aux douleurs a été indiqué 6 fois : 1 fois des douleurs nocturnes; peu de douleurs, 1 fois; douleurs dans les reins et les aines, 1 fois; le testicule devint douloureux 1 fois; indolence, 2 fois; 3 fois il y eut hydrocèle concommitante; dans un cas, l'épididyme était indiqué gonflé.

M. Nélaton a fourni deux observations de tumeurs syphilitiques chez deux individus monorchides. Le testicule, sorti seul, était affecté; la lésion portait sur le testicule et l'épididyme : dans le premier cas, la tumeur présentait des nodosités et peu de douleurs; dans le second cas, il y avait des douleurs. Les deux tumeurs avaient à peu près le volume du poing. Les deux malades, améliorés par le traite-

ment antisyphilitiques, sortirent avant la guérison (leçons reproduites dans les *Annales des maladies de la peau*, 1854). Dans la même publication, nous trouvons une observation de Sunter : il s'agit d'un malade qui, ayant eu un chancre, contracta une blennorrhagie, à la suite de laquelle survint une orchite. Le malade fut atteint de fièvre hectique, et resta assez longtemps dans cet état. Pendant ce temps, l'autre testicule s'engorgea ; le traitement mercuriel fut prescrit : la résolution se fit en 46 jours.

Dans le même journal, M. Dumoulin rapporte un fait d'épididymite suivie d'une seconde blennorrhagie, avec récidive de l'orchite. Le malade avait eu des rapports sexuels malgré son état. Il guérit néanmoins. Il contracta ensuite un chancre et un bubon. L'épididyme et le testicule autrefois atteints se tuméfièrent ; le malade guérit par le traitement antisyphilitique.

Nous avons vu à l'hôpital du Midi un malade avec une tumeur double du testicule, grosse comme des œufs de gros et petits volumes, sans bosselures, dure comme du bois ; le malade ne souffrait pas, mais la pression était un peu douloureuse ; pas de zones dures, pas de nodosités ; depuis trois mois le malade prenait de l'iodure de potassium ; il n'y avait pas l'ombre d'un changement.

(Mes collègues, MM. Belhomme, Dance et Guérard, internes de cet hôpital, m'ont affirmé avoir vu cette année des cas analogues où le traitement antisyphilitique avait été aussi impuissant.)

M. Hardy (thèse inaugurale, 1860) consigne deux exemples de sarcocèle syphilitique empruntés à la pratique de M. Ricord, et les donne comme survenus à la suite d'une épididymite. Le premier malade avait 40 ans ; depuis onze mois il avait eu des chancres et présentait les traces d'une roséole papuleuse ; il eut ensuite une blennorrhagie, suivie d'une épididymite, qui dura six semaines. Il resta peu de gonflement ; le testicule s'engorgea six mois après la blennorrhagie, devint gros comme un œuf et était confondu avec l'épididyme bosselé. Traitement par l'iodure de potassium ; au bout de dix jours, amélioration (11). Un autre malade eut, deux ans auparavant,

une roséole et des papules; il y a quatre mois, il vint se faire traiter à l'hôpital du Midi pour une orchite blennorrhagique traitée par la ponction avec la lancette; il sortit guéri. Le 27 mars, il revient avec le même testicule gros comme un œuf, dur, bosselé; pas de douleurs lancinantes. Guérison en 40 jours par l'iodure de potassium (12).

Les deux faits de M. Ricord nous apprennent que l'épididyme était sain.

Le traitement antisyphilitique a réussi à faire disparaître la maladie.

Sur les 9 observations de Cooper, il n'y a que 4 guérisons. Sur le malade que nous avons vu à l'hôpital du Midi, après trois mois de traitement, il n'y avait aucun changement dans la tumeur.

M. Nélaton améliora ses deux malades, qui sortirent le testicule n'étant pas complétement revenu à son état normal.

Le malade de Dupuytren guérit.

Nombre de médecins de la ville affirment avoir vu et guéri des testicules syphilitiques; cependant nous faisons ici appel à tous leurs souvenirs, et nous sommes persuadé qu'ils diront avoir vu plus d'un engorgement d'apparence syphilitique n'être pas amélioré par le traitement spécifique.

A côté d'observations d'engorgements chroniques chez des syphilitiques guéris par le proto-iodure et l'iodure de potassium, nous trouvons des engorgements présentant des caractères analogues à ceux assignés au testicule syphilitique, qui cèdent ou diminuent sans le traitement spécifique.

S....., 42 ans. Chaudepisses nombreuses, deux ou trois chancres, éruptions syphilitiques, tumeur grosse comme un œuf de dinde, fluctuante; on sent le testicule dur, avec nodosités peu apparentes à travers le liquide transparent d'une hydrocèle concommitante. Douleur au début il y a sept mois; accroissement lent et sans douleurs; ponction et injection iodée; vaginalite consécutive. Cinq jours après, le testicule était dans le même état; quarante jours après

l'opération le testicule a diminué de moitié et est redevenu souple. (Collection de M. Velpeau) (13).

Supposons que le traitement spécifique eût été donné dans ce cas, qui ne verrait là un testicule syphilitique ?

Un adulte porte une tumeur fluctuante de la bourse gauche et une blennorrhagie; le testicule, augmenté de volume, dur, peut être senti à travers le liquide. Après la ponction, le testicule est trouvé régulier, sans bosselures. Le malade n'a jamais souffert, il n'a jamais eu de maladie vénérienne; sa tumeur date de plusieurs mois. Le malade sort après un séjour d'un mois, et l'observation dit que la tumeur du testicule avait beaucoup diminué de volume. M. Velpeau avait diagnostiqué une hypertrophie subinflammatoire. (Collection de M. Velpeau) (14).

Notons encore que Cooper associait le décubitus dorsal et la saignée au traitement spécifique, malgré la foi qu'il avait dans le traitement antisyphilitique.

Tous les auteurs classiques fondent l'existence du testicule syphilitique sur un antécédent constaté et l'efficacité du traitement antisyphilitique : *Post hoc, ergo propter hoc.* Cooper avait dit que les caractères qui distinguent cette maladie de l'orchite chronique simple se déduisent de ce que la première succède à des symptômes syphilitiques ou quelle coexiste avec des symptômes de nature vénérienne, et quelle guérit par le traitement antisyphilitique. Aujourd'hui rien de plus ne peut être dit. M. Ricord a donné une description séduisante des manifestations du testicule syphilitique; mais les faits sont loin de rentrer tous dans la symptomatologie qui a été établie. Le doute reste donc permis malgré ces deux grandes auto ités, les faits le légitiment.

Dupuytren a dit que le testicule syphilitique est ordinairement double, et qu'il peut passer d'un testicule à un autre. Il cite une observation d'un malade auquel on avait amputé un testicule, et chez lequel l'autre testicule s'engorgea et revint à son état naturel

par un traitement antisyphilitique. Il y a une observation du même genre dans A. Cooper. M. Gosselin se demande si le fongus bénin, très-fréquent en Angleterre, n'est pas une manière de suppurer du testicule syphilique; tandis que M. Ricord dit que cette dernière variété de sarcocèle ne suppure jamais.

En présence de tous ces faits et de ces assertions si diverses, on est forcé d'arriver à cette conclusion : que le testicule syphilitique n'est pas une entité morbide. Quoique nous ne soyons pas, en nous plaçant dans le doute, obligé de prouver, nous pouvons dire cependant que les lésions du testicule syphilitique n'ayant rien de spécial, ses manifestations n'auront rien qui les distingueront des lésions de l'inflammation chronique; et ce raisonnement est confirmé par les faits. Il est également vrai que la comparaison qui a été faite entre les accidents tertiaires et le testicule syphilitique n'est point exacte. Combien de testicules syphilitiques apparaissent à des époques variées et irrégulières! Est-ce au moyen des symptômes anatomiques que le sarcocèle syphilitique peut être démontré? La lésion limitée au seul testicule n'est pas plus fréquente que celle de l'épididyme et du testicule à la fois. L'état lobulé, les zones dures, sont loin d'exister dans tous les cas. Les symptômes physiologiques, la douleur nocturne, l'absence de douleur même, ont-ils une valeur? Une fois la douleur nocturne a été indiquée. L'insensibilité n'a pas été constatée plus de fois que la douleur. L'antécédent, voilà le grand argument et l'on en use, et à son défaut même la syphilis héréditaire supplée au défaut d'infection acquise. Le traitement vient ensuite. Nous guérissons des engorgements du testicule chez des individus atteints de syphilis antérieure; donc nous avons, dit-on, affaire à un entité morbide, une localisation essentielle de la diathèse syphilitique. Et l'on conclut ainsi avec Cooper : la syphilis tertiaire porte sur les tissus fibreux. Or la tunique albuginée contient du tissu fibreux; donc la syphilis tertiaire atteindra le testicule. Que dans l'immense majorité des cas il y ait eu une

orchite antérieure, des blennorrhagies, des excès, qui aient déterminé une orchite chronique; qu'importe, c'est seulement un *coup de fouet* (M. Ricord).

Une question sans doute nous sera posée : Comment appellerez-vous les engorgements qui sont rapportés à la syphilis? Soit des orchites chroniques par subinflammation; soit des orchites chroniques où il y a organisation fibreuse de produits fibro-plastiques déposés, développés chez des individus atteints ou non de chancres antérieurement, affectés souvent d'orchites ou de blennorrhagies avant ou après les chancres, et qui cèdent au traitement anti-syphilitique : l'iodure de potassium ou le mercure.

Il nous semble, en lisant les observations, que dans l'appréciation des antécédents, une fois le chancre découvert, on ne s'est plus préoccupé de rien; et cependant il est facile dans certains cas de trouver dans l'intimité des malades des irrégularités de mœurs, des écarts érotiques, des exagérations des fonctions sexuelles, qui agissent à la manière des fatigues, des irritations incessantes qui déterminent tant de maladies chroniques. Si la masturbation peut donner lieu à une orchite, si les irritations de l'urèthre auxquelles Ramsden et M. Velpeau font jouer un grand rôle dans la production des inflammations aiguës du testicule, si les excès de coït, amènent des douleurs dans le testicule, est-il déraisonnable de penser que dans les cas où les malades n'ont point eu d'orchite antérieure franche, ils ont eu une inflammation chronique lente, indolente, et qu'ils augmentaient chaque jour par de nouveaux excès; est-il déraisonnable de penser que cela puisse arriver aux individus porteurs de chancres aussi bien qu'aux individus indemnes? Sans compter les violences extérieures, le défaut de soin, la fonction même du testicule, n'est-elle pas une circonstance qui puisse donner une raison de l'inflammation lente chez des hommes qui mènent une existence irrégulière, et qui guettent le moment où ils ne souffrent plus pour retourner à leurs plaisirs?

Nous donnons ici un exemple d'antécédents recueillis chez un

malade entré dans le service pour une vaginalite ulcérée, développée dans une hydrocèle, et à la suite de laquelle survint une orchite parenchymateuse, c'est-à-dire une orchite chronique.

Le malade, à son entrée à l'hôpital, portait une tumeur du testicule droit avec fistule sur le scrotum, laissant écouler du pus séreux ; le testicule se voit au fond de la fistule, avec l'aspect nacré de la tunique albuginée ; le testicule a une forme arrondie, il est dur, un peu douloureux, le liquide examiné offre des globules de pus et des cristaux de cholestérine.

Les jours suivants, le testicule était un peu moins douloureux ; la fistule fournissait une grande quantité de liquide, surtout lorsque l'on pressait la tumeur en deux points où il y avait de la fluctuation.

Il y a quatre mois que la fistule s'est établie : au début, il y a eu de la fièvre ; le testicule était devenu très-gros, puis peu à peu, sous l'influence des cataplasmes, il avait diminué et était revenu à l'état normal ; depuis quatorze jours, la suppuration est plus abondante et le testicule s'est tuméfié de nouveau.

Le diagnostic porté fut : orchite chronique déterminée par une vaginalite dans une hydrocèle. M. Velpeau pensait que ce pouvait être une hypertrophie inflammatoire subaiguë.

La tumeur diminue peu à peu sous l'influence du repos et des cataplasmes ; le malade sortit après un mois de séjour à l'hôpital, sa tumeur était diminuée de moitié ; il continuera chez lui un traitement commencé depuis quelques jours, le traitement par l'iodure de potassium (15).

Antécédents du malade. En 1836 une blennorrhagie qui dure deux mois, des chancres volants, trois bubons ; le traitement mercuriel fut refusé par le malade. Un an après, inflammation de la vessie, abcès au périnée, puis érysipèle général ; les années suivantes, blennorrhagie traitée par la liqueur de Van Swieten (le malade était alors soldat) ; chancres volants non traités ; troisième blennorrhagie qui dure

quatre ans; rétrécissement traité par la cautérisation avec le nitrate d'argent. En 1841, gonflement de la bourse droite guéri par un bain de siége. Le malade se marie, coït très-fréquent. En 1844, hydrocèle; le malade prit le sirop et les pilules de charlatans. La tumeur grossit néanmoins et acquit le volume d'un gros poiug. Ponction simple, tisanes diurétiques; le testicule revint à peu près à la grosseur normale; à ce moment, il se développa des gommes sur le crâne et sur le thorax, la tumeur des bourses avait disparu : le malade prit pendant quarante jours de l'iodure de potassium jusqu'à 7 grammes; le testicule diminua un peu; six mois après, les bourses étaient dans le même état qu'auparavant. En 1848, un autre médecin, consulté, diagnostiqua une hydrocèle, fit une ponction simple, et il fut constaté que le testicule avait, à peu de chose près, le volume de l'autre. Une tumeur se reproduisit: nouvelle ponction. En 1851, nouvelle ponction; guérison. En 1860, reproduction de la tumeur et accidents que nous avons vus plus haut. Ajoutons que le malade n'a jamais souffert, excepté au moment où la vaginalite a paru. Que dire de ce fait où l'on peut trouver une irritation du canal par un retrécissement, plusieurs chancres volants, des accidents tertiaires, des blennorrhagies, des excès de coit? Bien des chirurgiens diraient : antécédent syphilitique, amélioration de la tumeur du testicule par l'iodure de potassium, donc testicule syphilitique. Mais ce que nous avons eu sous les yeux, était-ce un testicule syphilitique? La lecture de l'observation n'est pas propre à le démontrer.

Dans les signes de l'orchite chronique chez des syphilitiques, rien n'est spécial ou du moins ne diffère des orchites chroniqnes de la deuxième et de la troisième espèce. Quant à l'efficacité du traitement dès le début de la maladie, elle n'indique autre chose que de continuer. Une hydrocèle concomitante apparaît dans l'orchite subaiguë, comme dans toutes les tumeurs du testicule; la présence d'un engorgement double du testicule existe dans les orchites parotidiennes, dans les vaginalites varioleuses, dans quelques orchites blen-

norrhagiques ; le testicule tuberculeux est double souvent ; l'orchite chronique double, pas plus que l'hydrocèle double, ne sont exceptionnelles, on le sait. Que reste-il donc en faveur du testicule syphilitique ? La production d'un engorgement du testicule restant après l'ablation intempestive du testicule du côté opposé, et cédant au traitement mercuriel. On sait que l'ablation d'un organe pair entraîne souvent l'augmentation de son congénère.

Il n'y a donc ni signes anatomiques ni signes physiologiques pour le testicule syphilitiqne, autres que ceux de l'orchite chronique, et terminons en disant avec Hunter, Swediaur, et M. de Castelnau, que l'antécédent syphilitique et l'efficacité du traitement spécifique ne sont pas seuls suffisants pour fonder une maladie.

IV. Du spermatocèle.

Du moment que M. Gosselin eut démontré par des injections que l'oblitération du canal épididymaire était un fait évident, le spermatocèle devait entrer dans le cadre pathologique des tumeurs du testicule. Curling a trouvé une autopsie dans laquelle il constata qu'un épididyme était le siége de dilatations remplies d'un liquide ayant un reflet perlé. Il cite Crompton, qui a vu un malade affecté de douleurs vives au moment de l'érection, coïncidant avec l'apparition d'une tumeur à l'origine du canal déférent.

Ce fait, comme les signes observés, une blennorrhagie antérieure suivie d'orchite dans les antécédents, seront les meilleurs moyens de diagnostic.

V. Corps étrangers de la tunique vaginale.

Curling parle de cette lésion qu'il compare aux corps mobiles des articulations ; Morgagni, Richter, ont également vu ces corps, qui tantôt sont libres, tantôt attachés à la tunique vaginale ; peut-être les petits tubercules crétacés pédiculés, montrés par M. Broca à la Société anatomique, sont-ils des productions de même nature.

Un seul fait a été observé sur le vivant par M. Chassaignac (Lebert, pl. 175).

Ces petits corps existent avec des hydrocèles, ils roulent sous le doigt et sont résistants ; c'est après la ponction de l'hydrocèle seulement qu'on peut les constater. La mobilité est leur principal caractère.

VI. Testicule arthritique et orchite rhumatismale.

Les hommes qui, dans leur jeunesse, ont éprouvé, à la suite d'abus des plaisirs vénériens, quelque forte affection du testicule, sont disposés à avoir dans leur vieillesse les testicules engorgés et douloureux, par l'effet de l'humeur arthritique. (Trempel, cité par Barthez). Boyer, presque contemporain de Barthez, a dit que certains engorgements du testicule pouvaient être dus au vice rhumatismal. Enfin M. Bottaro (thèse de Paris, 1857) cite une observation de M. Jallot, qui traita une orchite rhumatismale, et l'auteur s'appuie sur l'autorité et les croyances de M. Bouisson.

Nous n'admettons pas ces assertions et ces interprétations des faits. Elles nous paraissent trop faites pour un système et pour obéir à une mode. L'arthritis devient d'une fréquence étonnante ; on oublie presque les syphilis. La diathèse arthritique tend à se substituer à la diathèse syphilitique, comme la syphilis a remplacé le *mouvement des humeurs,* la *bile*, qui venaient de détrôner l'*humeur mélancolique* et l'*atrabile*. Certainement il doit y avoir un fond de vrai dans ces idées jetées de siècles en siècles. On y trouve une tendance à expliquer par une débilitation générale de l'économie des lésions multiples, ayant des caractères communs, et dont on ne saisissait pas la cause immédiate. Mais, comme c'est le propre de l'esprit humain d'aller trop loin et de faire rendre à une idée plus qu'elle ne doit produire, dès que l'arthitis est constituée, par exemple, toute maladie qui se développe chez un individu rhumatisant devient une

maladie arthritique que l'on décrit à part, et que tous les médecins ne tardent pas à vouloir rencontrer.

IIIe CLASSE.

Testicule tuberculeux.

Il est difficile de dire exactement ce que sont les testicules tuberculeux, ce qui doit guider les recherches de l'anatomiste dans l'étude des lésions propres aux tubercules du testicule, plutôt qu'à l'orchite ou épididymite chroniques suppurée. Une des meilleures raisons qui expliquent ce vide dans les connaissances anatomo-pathologiques relatives aux tumeurs du testicule, c'est que le tubercule, dans ce qu'il a d'essentiel, est encore inconnu. Nous ignorons si c'est un produit parasitaire, si la tuberculisation est une manière de suppurer de certains individus, ou si ce produit tuberculeux est une hypergenèse comme le cancer.

M. Velpeau, dans une thèse d'agrégation, dans le Dictionnaire en 30 vol., dans la discussion académique, en 1861, a signalé cinq autopsies de tubercules du testicule sans tubercules pulmonaires. Ces faits controuvaient déjà la loi établie par M. Louis; d'autres observations ont pu être fournies, qui, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, établissent également qu'il peut y avoir des tubercules dans le testicule sans qu'il y en ait dans les poumons, sans que les malades présentent des signes de tuberculisation pulmonaire.

M. Velpeau, s'autorisant de ces faits, admet qu'il y a deux espèces de tubercules dans le testicule : une qui représente exactement le tubercule jaune cru des organes parenchymateux, et qui coïncide avec des tubercules pulmonaires, tel que l'ont décrit Bayle, Laënnec,

Cooper et M. Louis; une qui paraît ressembler à un produit inflammatoire; et c'est cette dernière que M. Malgaigne considérait comme une variété d'abcès dans la discussion de 1851.

Les faits cliniques semblent donner raison à M. Velpeau. Parmi les observations de la thèse de C. Dufour (Paris, 1854), une observation apprend qu'un jeune homme portait des tubercules suppurés, limités à un seul épididyme; le testicule fut enlevé, il y avait une cavité anfractueuse à parois dures, contenant des masses tuberculeuses, présentant à l'examen microscopique les granulations le plus généralement décrites comme des corpuscules tuberculeux ; le malade guérit, reprit son embonpoint, malgré un engorgement probablement de nature tuberculeuse, qui s'était développé du côté opposé.

J'ai observé pour ma part, sur 11 cas de testicules tuberculeux, 3 exemples de tubercules bénins locaux, suppurant à la manière d'un abcès chronique.

L...., 72 ans, eut une blennorrhagie il y a quarante et un ans. A la suite d'un effort, il éprouva une douleur vive dans le testicule droit, qui se tuméfia. Douze jours après, il entra à l'hôpital avec une tumeur ayant tous les caractères d'une épididymite.

Malgré le traitement par la ponction de la tunique vaginale, les frictions mercurielles, la tumeur resta stationnaire ; un catarrhe pulmonaire, dont le malade était affligé, passa à ce moment à l'état aigu. Le malade sortit après la guérison de cette complication, son testicule demeurant dans le même état. Mais il revint un mois après avec des indurations sur tout l'épididyme; un abcès se forma, une fistule s'établit, et donna issue pendant longtemps à du pus grisâtre. Le malade sortit de l'hôpital, conservant sa fistule, mais en bonne santé, du reste (16).

T....., 25 ans, a eu une blennorrhagie il y a neuf mois, qui dura six mois. Il y a dix-huit jours, après un excès de coït, T..... a vu son testicule gauche augmenter sans souffrance ; il entre à

l'hôpital le 30 avril, il porte une tumeur volumineuse et douloureuse à la pression, dont l'épididyme induré forme la plus grande part.

Ponction ; pas d'amélioration les jours suivants, pilules de protoiodure de mercure, 0 gr. 05. Le 16 mai, l'épididyme se ramollit en un point ; ponction sur une petite bosselure fluctuante issue de pus tuberculeux. Le malade, questionné à ce moment, nous dit qu'il avait craché le sang dans sa jeunesse, mais il ne présentait aucun signe rationnel de tubercules pulmonaires. Traitement : iodure de potassium, 1 gr. par jour ; l'abcès vidé se referme, mais les indurations persistent à l'entour, le malade sort ; un mois après il revient nous voir ; son épididyme est dur, avec de petites bosselures, il y a du liquide dans la tunique vaginale, mais le malade se porte bien du reste (17).

L....., 32 ans, éprouva, il y a deux mois, des douleurs vives dans le testicule droit. Il consulta, quelque temps après que les accidents inflammatoires eurent disparu, plusieurs médecins qui diagnostiquèrent, les uns un testicule syphilitique (bien que L..... n'ait jamais eu ni blennorrhagie ni chancres), les autres un cancer.

Il entre à l'hôpital avec une tumeur de l'épididyme droit à bosselures petites, multiples, avec liquide dans la tunique vaginale et induration de la vésicule séminale droite ; le liquide de la tunique vaginale est évacué par une ponction. Six jours après, un point ramolli ; ponction : issue de pus crémeux ; un mois après, nouvelle ponction : pus de même nature. Traitement par l'iodure de potassium. Les jours suivants, les petits abcès ouverts se referment, le malade sort, devant continuer son traitement chez lui. Le malade revient nous voir un mois après, l'épididyme diminué était néanmoins bosselé et très-dur. L'état général était toujours bon (18).

Voici un fait plus concluant encore.

Un malade, âgé de 26 ans, entré pour un abcès par conges-

tion de la cuisse, porte en même temps un testicule tuberculeux. Le corps du testicule seul est augmenté de volume, il n'y a pas de liquide dans la tunique vaginale. Vers l'âge de 7 ans, une tumeur dure, nous dit le malade, a paru ; elle s'est ramollie, a suppuré, s'est refermée puis ouverte de nouveau, et se referma une seconde fois en laissant la trace d'une fistule dans une adhérence du scrotum au corps du testicule ; pendant dix ans, le malade a été guéri ; les tubercules pulmonaires actuellement ne sont pas encore évidents.

Il résulte de ces extraits d'observations, qu'il y a des tubercules du testicule qui ne se généralisent pas ; au moins pendant longtemps les individus qui les portent jouissent d'une santé parfaite. Nous ne pouvons admettre que dans ces cas ce soient des abcès, les nodosités consécutives de l'épididyme témoignent assez du contraire.

Ajoutons que ces faits peuvent être appelés tuberculisation aiguë du testicule. M. Gosselin a décrit des tuberculisations galopantes du testicule, suivies ou non de tubercules pulmonaires ; ce sont surtout des épididymites ou orchites qui, pour Dufour, donnent une impulsion à la tuberculisation imminente. Celle-ci suit alors, avec les phénomènes inflammatoires, une marche rapide inaccoutumée ; les publications périodiques renferment des observations de ces cas.

Enfin il y a des exemples de tubercules limités au testicule et à la prostate, qui restent dans ces organes, qui entraînent la mort dans un temps assez court en déterminant la fièvre hectique. Nous avons vu un exemple de ce genre dans le service de M. Malgaigne : à l'autopsie, ce chirurgien a trouvé un tubercule jaune, gros comme une olive, dans le corps du testicule ; un autre, dans l'épididyme ; la prostate et la vésicule droite étaient pleines de tubercules en voie de ramollissement. Il n'y avait que quelques petits tubercules à l'état crétacé, dans un seul poumon, tels qu'on en rencontre si souvent chez des individus qui succombent à une affection tout autre que des tubercules pulmonaires.

La variété classique de tubercules du testicule débutant par de

petites indurations de l'épididyme, qui ne se ramollissent que tardivement, est bien représentée dans les deux faits suivants :

J...., 46 ans ; pas d'antécédents de tubercules dans sa famille ; blennorrhagie il y a vingt-deux ans, suivie d'orchite à gauche. A son entrée dans le service de M. Nélaton, en 1860, il présente une tumeur des deux épididymes ; à droite, petites nodosités multiples dans tout l'épididyme ; à gauche, seulement dans la tête de l'épididyme ; petites granulations sur le trajet du canal déférent droit, indurations au niveau des vésicules séminales et de la prostate.

Début obscur, seulement le malade dit avoir rendu du sang par l'urètre en finissant d'uriner ; signes rationnels de tubercules pulmonaires. *Diagn.* Testicule tuberculeux. Huit mois après, le malade revient dans le service de M. Velpeau. Les deux tumeurs de l'épididyme avaient les mêmes caractères ; il y a du liquide dans la tunique vaginale droite ; le malade nous dit qu'il rend par l'urèthre de la matière semblable à du lait caillé. A l'auscultation, nous trouvons du râle caverneux au sommet des deux poumons, le malade ne reste que quelques jours dans la salle (19).

N....., 16 ans. Antécédents de tubercules pulmonaires du côté du père et de la mère ; masturbation ; depuis trois mois, augmentation insensible du testicule gauche, puis du testicule droit. *État actuel.* Tumeur des deux épididymes ; bosselures petites très-apparentes ; liquide dans les deux tuniques vaginales ; ulcération commençante à droite ; induration des deux vésicules séminales et de la prostate; signes rationnels de tubercules pulmonaires (20).

Les lésions anatomiques du testicule tuberculeux sont constituées par un élément anatomique, une granulation peu connue déposée autour ou dans la paroi des canaux séminifères (Robin et Verneuil), pouvant être disséminée à l'état d'infiltration ou réunie en masse sous forme de tubercule jaune cru, dont la coloration a été comdarée heureusement à celle de la pulpe du marron cru, par

M. Larcher, dans les recherches qu'il a publiées, en 1823, sur la coloration des tubercules. Ces masses sont celles que l'on observe le plus souvent; elles se déposent plusieurs à la fois, c'est la règle, dans l'épididyme. Autrefois on admettait que les tubercules débutaient toujours par le *globulus major* de l'épididyme; il ressort des observations de Dufour que, sur 18 testicules affectés, 7 fois l'épididyme était en entier pris, 6 fois la tête seule, 5 fois la queue.

Lorsque les tubercules suppurent, en général, les abcès sont petits, mais les parois sont anfractueuses; les fistules irrégulières sont entourées de tissus indurés. Quelquefois une ulcération large de la peau laisse à découvert une large cavité remplie par un dépôt tuberculeux. C'est là la troisième variété de fongus décrite par M. Malgaigne.

A. Cooper a vu des tubercules à l'état crétacé dans l'épididyme; M. Broca a vu des petites masses pédiculées appendues à l'épididyme, dans lesquelles il trouva une matière analogue à du tubercule crétacé.

Dans le testicule tuberculeux, il y a très-souvent un épanchement séreux dans la tunique vaginale. L'accroissement lent des tubercules dans l'épididyme, leur siége dans le testicule même, pourraient expliquer le défaut d'hydrocèle concomitante dans les deux cas que nous avons cités où il n'y avait pas d'hydrocèle.

Les lésions accessoires concomitantes sont des tuberculisations de la prostate et des vésicules séminales, des reins, de la vessie, du poumon.

Aucun âge n'est exempt de tubercule du testicule, mon père m'a laissé plusieurs observations de testicule tuberculeux chez des vieillards très-âgés.

Signes des tubercules du testicule.

1re VARIÉTÉ. — *Tubercules à marche lente.*

a. Siége ordinaire dans l'épididyme. Tumeur extrêmement dure,

composée de petits lobules; siége rare dans le testicule, qui devient plus consistant. Dans le cas où l'épididyme seul est pris, on trouve le testicule enchâssé dans l'épididyme.

A la période d'ulcération, un abcès petit se forme; ulcération plus ou moins étendue; expulsion de tubercules; fistules anfractueuses au milieu d'indurations. Les grumeaux mêlés au pus, examinés au microscope, contiennent des éléments tuberculeux décrits par Lebert, et le pus seul n'en contient pas. En ponctionnant les points ramollis, on peut obtenir un pus crémeux où l'on retrouve le corpuscule à contour strié caractéristique.

b. Indolence remarquable de la tumeur; accroissement lent après un début obscur; durée longue; maladie de tous les âges; marche plus rapide chez les jeunes sujets, présentant deux périodes : 1° indolence, accroissement lent; 2° ramollissement, abcès et fistules.

a. Tubercules ou indurations très-fréquentes dans la prostate; tuberculisations pulmonaires. L'épanchement dans la tunique vaginale n'est pas constant, il est toujours assez peu abondant.

2ᵉ VARIÉTÉ. — *Tubercules après une épididymite, s'abcédant et susceptibles d'être éliminés en peu de temps. Caractère bénin.*

a. Épididymite, orchite. Suppuration, plus tard induration.

b. Douleurs au début, puis indolence; début après blennorrhagie, masturbation, effort; absence de résolution.

Ces vésicules séminales généralement ne présentent point d'indurations.

Dans les cas de ce genre, le diagnostic ne doit être porté qu'avec réserve. Une épididymite qui ne se résout point vite peut n'être pas l'occasion du développement du tubercule : on ne peut avoir de certitude que quand l'induration s'accroît presque sous les yeux et que le ramollissement d'un point commence à se faire.

Les tubercules de la première variété ne peuvent être confondus avec aucune autre tumeur du testicule; ceux de la seconde variété, au contraire, peuvent être confondus avec les orchites chroniques

simples ou dites syphilitiques, et enfin avec le cancer. La confusion est d'autant plus possible entre les deux premières que beaucoup de points de contact rapprochent la dégénérescence tuberculeuse du testicule des abcès chroniques du testicule; mais, en se rappelant que les tubercules du testicule existent dans l'épididyme en même temps que dans le testicule, on aura un élément important de diagnostic.

Chez L..... (obs. 18), un cancer a été diagnostiqué. Dufour cite un cas où un testicule cancéreux a été pris pour un testicule tuberculeux. Voici un exemple où nous sommes resté dans le doute :

C....., 47 ans; pas de cancer, pas de tubercules dans sa famille; jamais de blennorrhagie ni de chancres. Depuis dix jours, après un long voyage, épididyme droit gonflé; tumeur dure, allongée, offrant deux gros lobes peu saillants occupant tout l'épididyme; liquide assez abondant dans la tunique vaginale; peu de douleur à la pression; douleurs vives dans les reins; la ponction, qui donna issue environ à 60 grammes de sérosité claire, n'amena aucun changement. Une nouvelle ponction est faite; quelques jours après il sortit une nouvelle quantité de liquide, cette fois un peu trouble; examinée pour la seconde fois, sa vésicule séminale droite paraît un peu plus dure que celle de l'autre côté. Le malade sort dans le même état qu'à son entrée; il a seulement un peu maigri; il a encore quelques douleurs de reins (21).

Nous avons mis sur la feuille statistique peut-être tubercules, peut-être cancer; il y avait beaucoup de présomptions en faveur des tubercules, mais ce pouvait être un cancer, à cause des douleurs; peut-être un cancer du testicule se manifeste-t-il ainsi au début. Dans l'observation de Dufour, un seul point nous aurait paru autoriser la pensée d'un cancer : la tumeur présentait seulement trois grosses bosselures dans l'épididyme, et on sait que les bosselures du testicule tuberculeux sont en général petites. M. Velpeau s'abstint dans notre cas; il n'y avait pas urgence. Quelque intérêt qu'il pût y avoir

pour la science à examiner cette lésion grave dans les deux cas. Le testicule de C..... ou bien marchera vers suppuration, alors le diagnostic sera fait, ou bien il s'accroîtra en présentant les caractères du cancer.

Deux questions doivent être encore posées à propos du testicule tuberculeux : le testicule scrofuleux existe-t-il? Ici se présentent les mêmes difficultés pour distinguer le testicule scrofuleux du testicule tuberculeux que pour la deuxième forme de testicule tuberculeux de l'orchite suppurée.

Nous avons vu, à la consultation de M. Nélaton, un enfant de 6 ans qui ne paraissait nullement tuberculeux et qui portait une tumeur occupant le testicule et l'épididyme, grosse comme le poing, dure, lobulée, et qui datait d'une année : était-ce là une tumeur scrofuleuse du testicule?

On pourrait peut-être envisager ainsi la tumeur du testicule de notre malade, qui portait un abcès froid; mais cela ne prouverait pas qu'il y a un testicule scrofuleux avec une lésion spéciale et différente des tubercules; pas plus pour le testicule que pour les autres organes, le produit dit scrofuleux n'est pas essentiellement différent du tubercule. Une des raisons les plus fortes à faire valoir contre le testicule scrofuleux, c'est que les relevés de Barrier et d'Hamilton ne contiennent, pour des cas nombreux de tubercules et de scrofule, que deux ou trois exemples de dépôts tuberculeux dans le testicule. Les deux cas d'orchite chronique de Curling et Fleming chez des enfants sont des affections tuberculeuses.

— Le fongus du testicule, dans les tumeurs du testicule, est-il spécial à la tuberculisation du testicule? telle est la seconde question à résoudre. Les faits apprennent que le fongus du testicule a été observé 37 fois sur 56 cas, dans le sarcocèle tuberculeux, M. Jarjavay note deux cas semblables et emprunte un cas à M. Morel-Lavallée. M. Malgaigne a donné des faits de fongus spéciaux, décrits par lui, liés à une tuberculisation du testicule. En laissant de côté

les auteurs qui, comme A. Cooper, font du fongus bénin une maladie, il y a quatre opinions sur le fongus du testicule :

M. Malgaigne, qui croit que le tubercule ulcéré du testicule est l'origine de trois espèces de fongus bénins ;

M. Gosselin, qui penche à voir dans le fongus bénin une manifestation tardive du testicule syphilitique;

M. Deville (*Hernie du testicule; Moniteur*, 1853), au mémoire duquel nous renvoyons le lecteur, a démontré que le fongus du testicule était une hernie du testicule, avec granulations sur la tunique vaginale et albuginée, en faisant remarquer que, dans les cas qu'il a vus, le scrotum du côté où existait le fongus était vide, argument irrésistible s'il en fût jamais. Callisen avait déjà fait pressentir ce qui se passait dans ces cas lorsqu'il a parlé d'une excroissance fongueuse du testicule et qui se développe *ex superficie albugineæ vel ipsa tunica vaginali* (*Syst. chir. hodiernæ*).

Curling rattache le fongus du testicule à l'orchite chronique.

M. Gosselin croit M. Deville trop exclusif, et en cela il y a une apparence de vérité, surtout si l'on appelle *fongus du testicule* les burgeonnements qui succèdent à une plaie ou ulcération du testicule, comme nous l'avons vu chez C..... (obs. 7).

Mais tous ces articles sur le fongus apprennent qu'il peut y avoir un fongus après une plaie des bourses (11 cas de Deville), après une orchite chronique mal définie (plusieurs cas de M. Deville et de M. Jarjavay).

Le fongus du testicule présente pour caractère une excroissance de bourgeons charnus, mous, végétants, saignant quelquefois, laissant couler du pus clair dans lequel il est plus qu'extraordinaire de rencontrer des spermatozoïdes (Gosselin); le fongus grisâtre de M. Malgaigne paraît être une masse tuberculeuse en voie d'élimination.

Si l'on peut confondre les végétations d'un cancer ulcéré avec le fongus consécutif aux orchites et aux tubercules, on cherchera

quelles ont été la marche et la durée de la maladie (Nélaton). Du reste, l'application d'alun sur les végétations amenant une cicatrisation rapide sera encore un moyen de diagnostic.

M. Nélaton (fait cité par M. Hardy dans sa thèse) a vu, en peu de jours, un fongus se juger de la sorte; les bourgeons se sont affaissés, la cicatrisation s'est faite de proche en proche, la peau est venue recouvrir le testicule.

Cancers du testicule.

Nous entendons par *cancers du testicule* une série d'affections ayant pour caractère de se développer rapidement; ne s'éliminant jamais, à moins de circonstances qui font exception parmi les exceptions. Toute tumeur qui se reproduit avec des caractères analogues sur place ou ailleurs, et mène plus ou moins vite à une mort certaine, quel que soit l'élément histologique qui la compose, est une tumeur à laquelle le mot *cancer* sans doute peut être mal appliqué, mais dont il convient de faire une maladie spéciale.

Nombre de variétés de tumeurs entrent dans cette définition : le cancer encéphaloïde, le colloïde, le squirrheux, le mélanique, et même le fibro-plastique; tous, à un plus ou moins haut degré, présentent les caractères généraux de la maladie dite *cancéreuse*.

Outre toutes ces formes, il en est encore deux autres, mieux étudiées depuis quelque temps, et dont on serait peut-être tenté de faire une maladie à part, l'enchondrome du testicule, et certaines variétés de tumeurs du testicule contenant des kystes et qui récidivent.

L'enchondrome se rapproche des cancers :

1° Parce que les enchondromes viscéraux ne contiennent pas que du cartilage, et que les cellules cartilagineuses sont altérées : « La forme des globules est ronde, ovalaire, et devient parfois irrégulière; du reste, dans cet enchondrome, la quantité de graisse est si considérable dans les cellules mêmes que beaucoup de globules

en sont remplis et que leurs caractères particuliers en sont complétement masqués» (observation microscopique d'un enchondrome développé dans un poumon ; Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 215).

2° Nombre d'observations démontrent qu'il y a du cartilage dans des tumeurs à aspect mixte. Nous ne prendrons pas l'observation 412 de Cooper, quoique la description qu'il donne de la tumeur du malade représente bien un enchondrome avec kystes, et mêlé à du tissu squirrheux : elle peut être discutée. Nous prendrons l'observation célèbre de Paget où l'auteur dit : La tumeur était ovoïde, composée de masses cartilagineuses cylindroïdes et noueuses, enfouies *dans un tissu cellulaire dense.*

Queckett a signalé et décrit plusieurs cas dans lesquels on trouvait des kystes multiples à parois cartilagineuses, et dans l'intérieur desquels on trouvait de petits mamelons fongueux. Baring a vu des produits encéphaloïdes unis à de l'enchondrome. Curling a enlevé trois testicules où pareille disposition existait; il cite plusieurs exemples du même genre.

3° La récidive est un fait avéré dans les enchondromes. Muller et Virchow en rapporte des exemples. Outre son observation, que nous avons signalée plus haut, Paget a encore un fait semblable dans sa pratique. Lawrence a vu un enchondrome du testicule, avec récidive de tumeurs encéphaloïdes dans les viscères. Il y a le cas de Hancock, l'enchondrome double du testicule de Hawkins, tous suivis de récidive. M. Gosselin a observé avec Roux un kyste à parois cartilagineuses, qui a récidivé également.

Ainsi, voilà l'enchondrome qui suit une marche analogue à l'encéphaloïde ; tantôt mêlé avec lui ou le produit squirrheux, il récidive fatalement, soit à l'état de cartilage, soit à l'état encéphaloïde.

Entre toutes les observations nouvelles publiées dans les recueils périodiques, une a été suivie de récidive (fait de M. Godard, de Versailles). Les observations de M. Demarquay, celles de M. Goffres, que remplaçait alors M. Lhonneur, à qui nous devons des

détails inédits, ont été recueillies il y a à peine un mois. C'est donc deux enchondromes qui doivent jusqu'à présent être mis hors de cause pour juger la question de la récidive. Pourtant M. Lhonneur nous a communiqué que chez son opéré, on sentait une induration dans le cordon. Quant à la structure des tumeurs nouvellement présentées à la Société de chirurgie, voyons ce qu'elle était. « Ces points cartilagineux sont placés dans un tissu jaunâtre, d'apparence fibreuse, et contenant des épanchements sanguins... Du reste, toute la tumeur est vasculaire. » En un point : « On dirait de la fibrine résultant de la transformation d'un épanchement sanguin. » Les kystes dont parle M. Demarquay ont toute l'apparence d'épanchements limités dans la tunique vaginale. Cet enchondrome nous semble un cancer du testicule à forme multiple. Le diagnostic n'a pas été fait. M. Demarquay disait en présence de la tumeur : « Il y a une portion liquide, mais le reste est solide » (Société de chirurgie, 20 novembre 1861) (22).

« Une couche celluleuse enveloppe les lobes et les lobules... Deux lobules ont la consistance de l'encéphaloïde... Il y a une couche superficielle, dure ; le centre est mou... Il y a quelques petits kystes. » La lésion existait dans le corps du testicule, et il y avait à peine de liquide dans sa tunique vaginale (fait de M. Lhonneur ; *Gazette des hôpitaux*, 17 octobre 1861) (23).

Outre cette variété de tumeur maligne désignée sous le nom d'enchondrome, il y a encore parmi les tumeurs qui récidivent des kystes du testicule à parois épaisses, dont M. Nélaton nous a communiqué deux exemples empruntés à sa pratique particulière, et qui ont présenté les caractères de la tumeur, dont voici l'histoire résumée.

C'est une tumeur enlevée par M. Nélaton, que nous avons eu le bonheur d'assister comme élève. Nous avons vu le malade, et M. Nélaton nous a parlé, à sa clinique, des détails de l'observation. La tumeur s'était développée deux ans avant l'opération, avait in-

sensiblement augmenté. Le malade n'accusait que des douleurs de reins.

La tumeur était de la grosseur d'une orange, bosselée, lorsqu'un médecin la vit la première fois ; puis la tumeur devint régulière ; la peau s'était vascularisée : il y avait une fluctuation évidente. M. Nélaton diagnostiqua une tumeur maligne du testicule, se fondant sur un accroissement rapide de la tumeur pendant les derniers mois, et surtout parce qu'en déprimant le liquide, il arrivait sur le corps du testicule (signe donné pour la première fois par Boyer, et auquel M. Nélaton attache une grande importance). L'absence de tout état inflammatoire, l'insuffisance d'un traitement antisyphilitique longtemps prolongé, autorisaient encore ce diagnostic.

L'opération apprit qu'il y avait du liquide dans la tunique vaginale ; que le testicule et l'épididyme étaient, le dernier induré, le premier transformé en un kyste à parois épaisses, avec cloisons sur les parois seulement analogues aux colonnes charnues du cœur, colorées en brun foncé, comme le liquide contenu. A la partie inférieure, il existait une masse comme fibrineuse, granuleuse, du volume d'une noix. L'examen microscopique y découvrit les éléments du produit encéphaloïde. C'était donc un cancer ! L'expérience le prouva : le malade dépérit et succomba, présentant tous les symptômes d'une tumeur abdominale de nature cancéreuse. (Cette pièce a été présentée à la Société anatomique, et y est placée sous le titre d'*Hématocèle du testicule.*) (24)

Enfin le fait consigné dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruvelhier sous le titre de *Tumeur fibreuse du testicule*, s'il n'est pas une variété de cancer, demeure un fait unique dans la science.

Les observations de fongus hématodes, de sarcocèle cancéreux, d'encéphaloïde du testicule, sont nombreuses ; les squirrhes sont plus rares, les mélanoses plus encore ; les kystes cancéreux ou tumeurs alvéolaires sont un peu plus ordinaires ; l'enchondrome devient fréquent. Seules certaines variétés de cancers paraissent n'avoir

apparu qu'un instant, et n'ont plus été revues : tel est un fait de Lebert (*loc. cit.*). Un encéphaloïde du testicule avec un abcès au centre de la tumeur.

Voici quelques faits qui nous ont passé sous les yeux :

P....., 45 ans, hôpital des Cliniques, dit avoir reçu un coup il y a trois ans ; puis augmentation du testicule. Une hydrocèle fut diagnostiquée alors. La tumeur augmenta encore ; il n'y avait pas de douleur. La santé générale est bonne au moment où le malade entre à l'hôpital ; pas de syphilis antérieure, pas d'antécédents cancéreux dans la famille.

Tumeur irrégulière à grosses bosselures peu saillantes, peu dures ; fluctuation franche en deux points. En déprimant le liquide, le doigt arrive à sentir la tumeur. Absence de sensation testiculaire ; vascularisation du scrotum ; cordon un peu gros.

Diagnostic de M. Nélaton : encéphaloïde du testicule, castration ; le testicule et l'épididyme ont subi la dégénérescence encéphaloïde. A la partie antérieure, il reste une couche de substance testiculaire pâle, mais saine (25).

P..... , 36 ans. Tumeur du volume d'une poire, avec bosselures assez grosses au niveau de l'épididyme, dures ; corps du testicule dur ; liquide dans la tunique vaginale ; douleurs dans les reins et le cordon ; nulle part, sensation testiculaire ; douleurs dans les reins et sur le trajet du cordon. Début il y a six mois, augmentation sensible.

Induration du cordon.

Diagnostic de M. Velpeau : cancer du testicule, squirrhe.

M. Nélaton, qui vit le malade, pour un examen, nous a dit personnellement : « Voilà un cancer que l'on pourrait appeler *enchondrome*.

Le malade étant resté quelque temps dans la salle, une tumeur se forma dans la fosse iliaque. M. Velpeau n'opéra point (26).

B....., 33 ans, encore dans nos salles.

Tumeur du volume d'une grosse poire ; trois gros lobes peu distincts, mais sensibles, durs comme du bois.

Pas de douleurs ; début obscur. Le malade dit que depuis deux ans il a remarqué quelque chose à son testicule gauche.

Il y a six semaines, un bon praticien de Paris diagnostiqua une hydrocèle symptomatique, fit une ponction, et tira 400 grammes environ de sérosité claire ; c'est alors que la tumeur apparut avec les caractères indiqués. Ceci se passait six semaines avant l'entrée du malade. Ce malade n'a jamais souffert.

M. Velpeau diagnostique une tumeur encéphaloïde du testicule.

Sur la pièce enlevée, nous avons constaté une dégénérescence de l'épididyme, surtout un produit squirrheux laissant suinter le liquide caractéristique, pour M. Cruveilhier. Le testicule était situé en avant, contenant, dans des cavités formées par des vestiges, de cloisons testiculaires, ici une substance semi-liquide opaline, là du tissu phymatoïde, et en avant une couche de tubes séminifères, qui, examinés au microscope, furent trouvés exempts d'altération. Non-seulement l'épididyme, mais encore le canal déférent, étaient le siége de la dégénérescence, au niveau de l'épididyme ; le cordon était sain.

Cette pièce est un exemple de cancer du testicule ayant débuté par l'épididyme (27).

Voici un fait de cancer développé dans le corps du testicule :

L....., 55 ans. Tumeur du volume d'un gros poing, absolument régulière, indolente, globuleuse ; pédiculée, lourde par conséquent ; fluctuation apparente sur toute l'étendue de la tumeur. Début il y a six mois.

Petite tumeur d'abord ; puis, à la suite d'un coup, augmentation sensible. Bonne santé, du reste. Rien dans le cordon.

Diagnostic, avant la ponction exploratrice, hydro-hématocèle ; la ponction ne donna issue qu'à deux ou trois gouttes de sang pur. Castration. Pas de liquide dans la tunique vaginale ; tu n. eur

phaloïde ayant presque l'aspect du tissu colloïde, uniformément dans tout le testicule ; siége manifeste dans tout le testicule, parce que l'épididyme, entièrement sain, est trouvé à un des côtés de la tumeur; mais on retrouve aussi en avant une couche de tubes testiculaires intacts.

M. Robin, consulté à ce sujet, a dit que la tumeur semblait être née dans le corps d'Hygmore (28).

N....., 33 ans, exerçant le métier de paveur. Peau du scrotum rouge foncé ; tumeur grosse comme une orange, arrondie, à lobes peu apparents; fluctuation nette ; immobilité de la tumeur dans le scrotum. Tumeur développée insensiblement depuis une époque que le malade ne peut fixer; douleurs problématiques.

Le malade, assez ignorant, s'explique on ne peut plus mal.

Premier diagnostic. Hydro-hématocèle ; ponction exploratrice. Il ne sent rien; seulement, après que la canule a été retirée, il sortit quelques gouttes de sérosité claire.

Nous observions attentivement depuis trois ans la tumeur du testicule ; nous avouons que, trop confiant dans une expérience que nous croyions sûre, nous avions affirmé que c'était une hématocèle, et qu'il allait sortir du liquide coloré des hématocèles simples. Recherchant donc, après la ponction exploratrice, des éléments du diagnostic; nous nous sommes reproché de n'avoir pas, la veille, examiné avec assez de soin les irrégularités de la tumeur, ses bosselures appréciables, et de ne nous être pas souvenu qu'une hydro-hématocèle du volume d'une orange, bien tendue, n'est jamais fluctuante, mais qu'elle est dépressible : c'est le contraire qui existait.

La pièce enlevée, nous avons constaté trois bosselures de l'épididyme ; le corps du testicule en formait une quatrième plus grosse. A la coupe, l'épididyme et le testicule paraissaient atteints à la fois, c'est ce que démontra un examen attentif : l'épididyme était perdu dans une masse encéphaloïde, et nulle part on ne trouvai t dans le testicule de substance testiculaire (29).

Il y a, dans les tumeurs cancéreuses, des lésions histologiquement différentes, dont quelques-unes peuvent être considérées comme des transformations de produits primitifs mêlés entre eux, se succédant, comme l'encéphaloïde au squirrhe. Les kystes cancéreux sont une modification de structure, comme les plaques phymatoïdes. Les lésions ne sont simples que lorsque les affections débutent, et un grand précepte indiquant de tenter la résolution des tumeurs du testicule inconnues par l'iodure de potassium, laisse souvent marcher, sans danger pour le malade, une maladie que nous ne voyons guère jamais avant un temps assez éloigné du début.

Les cancers du testicule siégent souvent dans l'épididyme, dans l'épididyme et le testicule assez fréquemment, et dans le corps du testicule rarement.

Ils s'étendent en général sous forme de grosses masses, qui donnent au testicule un aspect bosselé, distinct de celui du sarcocèle tuberculeux, et surtout de l'orchite chronique. Les cancers ulcérés ont un caractère propre à toutes les ulcérations cancéreuses; une élimination incomplète du cancer s'opère en même temps que la peau subit une dégénérescence analogue à celle du testicule.

En dehors du testicule, le cordon devient le siége d'indurations. Les ganglions de la fosse iliaque se prennent ensuite; il y a des productions analogues à celles qui occupent le testicule dans les autres organes; enfin il y a une hydrocèle et une vaginalite symptomatiques dans la grande majorité des cas.

L'hydrocèle est très-volumineuse, surtout dans les cas où l'*épididyme est le siége de la production morbide*, et cela se conçoit : l'hydrocèle est symptomatique, c'est une hydropisie par obstacle au cours du sang veineux, les rameaux du testicule situés autour de l'épididyme, sont comprimés alors dans les tissus lardacés dégénérés. Quand le testicule est seul malade, dans le cancer comme dans l'orchite chronique siégeant dans le corps du testicule seul, l'épanchement est nul ou très-peu abondant.

La vaginalite subaiguë, qui se traduit sur le cadavre par des adhé-

rences des deux feuillets de la tunique vaginale, passe inaperçue sur le vivant, et correspond quelquefois à des douleurs plus vives dans la tumeur, soit après un coup, soit par suite de fatigue, et dans certains cas, peut-être, on peut considérer ces adhérences comme des traces d'une lésion isolée déterminée par la ponction exploratrice.

Le testicule cancéreux peut être double (fait de Hancok, un fait de M. Denonvilliers à la Société de chirurgie) ; mais ces lésions doubles sont excessivement rares. Le début du cancer est obscur, sa marche en général rapide, relativement aux autres tumeurs de même volume.

Au moment où les individus atteints de cancer se présentent, c'est-à-dire après un laps de temps pendant lequel il y a eu confusion possible avec un orchite chronique, après un essai infructueux du traitement antisyphilitique, on trouve :

a. 1° Tumeur irrégulière à grosses bosselures, quelquefois peu apparentes, dures ou faussement fluctuantes ;

2° Tumeur absolument régulière, ayant la forme du testicule pédiculé, avec motilité manifeste dans le scrotum.

Douleur à la pression nulle ; la ponction exploratrice donne issue à un sang dans lequel le microscope peut trouver des cellules larges, à un ou plusieurs noyaux, mêlé à du tissu fibro-plastique et des granulations.

b. Douleur spontanée lancinante, *extrêmement rare ;* douleurs de reins plus fréquentes, attribuées par les malades à des causes variées ; antécédents de famille quelquefois; évolution rapide de la tumeur, relativement aux tumeurs à marche chronique du testicule. Ce signe, sur lequel insiste tout particulièrement M. Nélaton, ce caractère tiré de la durée est d'une importance majeure.

c. Hydrocèle symptomatique toujours fluctuante ; pas de liquide dans les tumeurs du corps seul du testicule, et pas de vraie

fluctuation; tumeurs dans le cordon ou ailleurs; altération de la santé générale dans les cancers avancés.

La fluctuation des hydrocèles dans le cancer du testicule existe, parce que le liquide généralement n'est pas abondant; parce que le liquide reposant sur un corps résistant, le flot peut être perçu. Le doigt, en déprimant le liquide, arrive même jusque sur la tumeur. L'hydrocèle ne peut guère être appréciée qu'en avant; il est donc indiqué de chercher, en dessous et en arrière, les caractères anatomiques d'une tumeur cancéreuse du testicule.

Le diagnostic des cancers entre eux est fort difficile, aucun enchondrome n'a été distingué d'emblée. Ni M. Demarquay, ni M. Lhonneur, n'eurent de certitude. M. Demarquay pensa à une tumeur solide; M. Lhonneur, à une maladie kystique ou un enchondrome, bien que la tumeur ne datât que de quatre mois environ.

Les kystes cancéreux ne sont pas plus aisés à reconnaître, et la ponction exploratrice, si elle était faite, conduirait droit à l'idée d'une hématocèle, ou d'une hydrocèle.

Le cancer a été le plus souvent confondu avec la variété d'hématocèle de la tunique vaginale que nous appelons la vaginalite chronique; le cancer né dans l'épididyme, comme le cancer né dans le testicule, le cancer avec hydrocèle symptomatique et comme le cancer sans hydrocèle. Il faut, dans les cas douteux, rapprocher la durée du mal, se rappeler qu'il n'y a jamais de fluctuation dans la vaginalite chronique, tandis que dans les cancers nés dans l'épididyme il y a toujours du liquide et une fluctuation franche. Dans les cancers, comme dans celui de notre malade Landeau, la tumeur était mobile dans le scrotum: ce qui n'existe pas dans l'hématocèle.

Un mot sur ce signe. Lorsqu'il n'y a pas de liquide dans la tunique vaginale, ou après que l'on a évacué la sérosité, si l'on vient à presser la tumeur, elle échappe des doigts en roulant sur elle-même dans le scrotum comme le testicule sain. Je croyais avoir trouvé le signe, en le constatant dans la tumeur du corps du testi-

cule de Landeau en particulier ; mais je m'étais trompé. Il y a trois cent quatorze ans, Fabrice d'Aquapendente, à propos de la hernie charneuse des anciens, dit que la partie inférieure du testicule se meut facilement lorsqu'on la touche (liv. I, 1re part., chap. 31; édit. Lyon, 1658). Ayant lu ces lignes, nous avons cherché ce signe chez de nouveaux malades, et nous avons trouvé que dans les tumeurs du testicule et de l'épididyme avec hydrocèle et sans vaginalite, le fait, quoique moins prononcé, existe encore.

Dans l'hématocèle ou vaginalite chronique avec exhalation sanguine, jamais la tumeur n'est mobile dans le scrotum, surtout quand la maladie dure depuis un certain temps. Entre la tumeur du corps du testicule et la vaginalite chronique, qui représente, l'une le type de la mobilité, l'autre un type contraire, il y a des états intermédiaires pour les tumeurs mixtes peu volumineuses, difficiles à bien apprécier. Mais la vaginalite chronique diffère alors de ces tumeurs par d'autres signes : la fluctuation, les bosselures, le liquide dans la tunique vaginale, et la durée par exemple. La tumeur exceptionnelle de Landeau ne pouvait être guère jugée que grâce à ce signe. Je ne parle pas de la ponction exploratrice ; Hunter, Bérard, l'ont vue ne donner aucune indication, quoiqu'il y eût un liquide brun dans la tunique vaginale, dans des hématocèles.

L'hydro-hématocèle est toujours reconnue par la ponction exploratrice ; les enchondromes du testicule et de l'épididyme à la fois sont accompagnés de liquide dans la tunique vaginale. L'issue d'un peu de sérosité par l'ouverture cutanée de la ponction indique suffisamment que la tunique vaginale est exempte d'altération.

Un malade portant un cancer a été, cette année, à l'hôpital Saint-Louis, l'occasion d'un diagnostic difficile.

L....., 48 ans. Tumeur du volume du poing au testicule droit ; quatre grosses bosselures à la place de l'épididyme, dures ; en avant, fluctuation, mobilité incomplète de la tumeur dans le scrotum ; pas de douleurs à la pression. Le malade dit qu'il souffre dans les reins,

mais pas trop fort. Après une fatigue, dit-il, son testicule a augmenté il y a environ trois ans. Traitement en ville par les médications internes sans résultat. A un moment qu'il ne précise pas, il a eu des douleurs au testicule avec un peu de fièvre. Le malade a maigri depuis environ quatre mois ; il a eu dans sa jeunesse un chancre et un bubon ; mais aucun cancer n'exista dans sa famille ; le canal déférent est augmenté de volume.

Deux diagnostics furent portés avant une ponction exploratrice : 1° enchondrome du testicule, 2° testicule syphilitique. La dureté de la tumeur, le développement assez lent, l'ancienneté de la tumeur surtout, guidaient le premier chirurgien ; l'antécédent, l'absence de douleurs, étaient des indices importants pour le second chirurgien. Un troisième diagnostic fut porté : une tumeur cancéreuse, un encéphaloïde ou un squirrhe ; les grosses bosselures dures, il est vrai ; la fluctuation en avant ; l'amaigrissement du malade, et surtout l'induration du canal déférent, autorisaient ce diagnostic. L'opération démontra que c'était un cancer encéphaloïde.

Dans l'observation consignée à la fin de la thèse de Dufour, il y a une observation où l'incertitude fut complète, même lorsque la tumeur fut enlevée.

La figure de la pièce nous semble cependant des plus propres à aider au diagnostic. Il y avait trois grosses bosselures plus grosses que celles qui existent dans le testicule tuberculeux auquel on avait cru ; il est vrai qu'un *symptôme pathologique* commandait presque le diagnostic : un abcès, probablement froid, dans les antécédents. Mais on aurait pu se dire qu'arrivés en dix-huit mois à un volume pareil, trois fois la grosseur de l'épididyme, et plus, sans doute, d'après la figure, des tubercules auraient marché vers l'ulcération. Ajoutons que dans les tubercules de la première variété, les seuls que l'on pût supposer dans ces cas, ne s'accompagnent pas ordinairement de liquide dans la tunique vaginale, et il y en avait chez le malade en question (30).

IIIe CLASSE

Kyste du testicule.

D'après les travaux de A. Cooper, M. Gosselin, Curling, Marcé et Trélat, il résulte qu'il y a deux espèces de kystes du testicule.

1° Ceux qui occupent l'épididyme, soit petits, soit grands, uniques ou multiloculaires, et contiennent des spermatozoïdes (Liston, Loyd, Curling, Marcé, M. Nélaton).

2° La maladie kystique du testicule; nous éliminons l'hydrocèle enkystée du testicule de Curling, mieux placée avec l'hydrocèle, parce qu'elle est constitué par un kyste accidentel de cette tunique entre le corps du testicule et l'épididyme.

1° Kystes de l'épididyme.

Les kystes spermatozoïdes sont-ils une dilatation des conduits épididymaires? Liston, Lushka, pensent qu'un canalicule s'est ouvert dans le kyste. M. Gosselin a remarqué que les injections mercurielles pénétraient dans les kystes, Queckett a vu l'ouverture. Il est donc probable que la dilatation, fait constant pour les canaux voisins du kyste, est la lésion élémentaire des kystes épididymaires. Si l'on trouvait un épithélium ou un rudiment d'épithélium sur la membrane du kyste, on aurait une certitude. Pourtant nous ne croyons pas qu'on puisse encore controuver l'opinion de M. Gosselin, à savoir : que les kystes proviennent ou d'un épanchement de sperme dans les canalicules ou dans un kyste déjà formé, opinion qui explique si bien ces observations de kyste à liquide clair, ne contenant pas de spermatozoaires. Le kyste clair préexiste d'abord, puis plus tard un canalicule s'ouvre et verse dans le liquide des spermatozoïdes. Une observation de Curling semble confirmer la théorie : Trois ponctions furent faites dans un kyste trois fois récidivé: aux

deux premières ponctions, il sortit un liquide clair; à la troisième ponction, il sortit un liquide avec spermatozoïde. Mais nous possédons un fait emprunté au service de M. Nélaton, d'où il ressort qu'un petit kyste gros comme une noisette, siégeant à la tête de l'épididyme transparent ponctionné, contenait des spermatozoïdes; il y a aussi dans Curling un fait de kyste à liquide clair avec ses animalicules spermatiques. Ceci n'est point conforme aux idées de MM. Gosselin et Marcé, qui admettent de petits et de grands kystes, les premiers transparents et sans spermatozoïdes, les seconds opaques et avec spermatozoïdes.

Le malade de M. Nélaton avait un kyste semblable de l'autre côté; il portait depuis six ans la tumeur, qui fut opérée, et ne souffrait pas. Il y a dix-huit ans, il avait eu un chancre; marié depuis, il avait des rapports très-fréquents avec sa femme, et depuis huit ans ses fonctions génitales avaient tout à coup perdu de leur puissance, au point qu'aujourd'hui elle sont nulles (31).

Curling nous dit que les kystes débutent d'une façon obscure, qu'ils sont longs à se développer; la tumeur, suivant lui, est tendue et fluctuante. MM. Gosselin et Marcé notent la forme lobulée. S'il y a un kyste multiloculaire, la fluctuation ne doit pas exister. Curling a vn une fois un varicocèle en même temps que le kyste. Il cite encore une observation sans détails, où il y avait plusieurs kystes sur le même épididyme. M. Gosselin a vu de petits kystes multiples pédiculés appendus à l'épididyme; peut-être peut-on y voir des *vasa aberrantia*, comme dans l'hydatide de Morgagni, on retrouve peut-être un vestige du corps de Wolf.

Les signes des kystes de l'épididyme sont: *a*. Siége dans l'épididyme, surtout dans la tête; tumeur arrondie, plus souvent lobulée, petite, grosse quelquefois, fluctuation alors, transparence ou opacité; issue à la ponction d'un liquide clair ou opalin; dans ces deux cas, des spermatozoïdes ont été vus. *b*. Indolence. Durée longue. *c*. Pas d'altération de la santé.

Les kystes de l'épididyme peuvent contenir du sang, être le siége

d'une exhalation sanguine ; on a un kyste séro-sanguin dans l'épididyme comme ailleurs.

Il y a deux observations de Curling placées dans le chapitre Hématocèle du testicule. Dans le premier cas, le malade avait reçu un coup de pied ; la tumeur était placée au-dessus du testicule, elle était un peu douloureuse, la castration fut faite, le testicule était au-dessous du sac rempli de petits caillots. Curling lui-même pense qu'il y avait un kyste de l'épididyme antérieurement.

Dans la seconde observation, la maladie datait de treize ans ; la tumeur *avait grossi tout à coup* et était devenue énorme. Après la castration, Curling trouva qu'il s'agissait d'une hydrocèle ou kyste de l'épididyme, dans laquelle un épanchement sanguin s'était fait. La ponction exploratrice avait permis d'établir le diagnostic en laissant couler un liquide brun. La tumeur était fluctuante.

2° Kystes du testicule.

Sur les quatre observations de maladie kystique du testicule, de Cooper, une seule, accompagnée de planches, est caractéristique ; les autres ne contiennent que des indications vagues. Il y a une observation avec pièce de Curling ; enfin M. Trélat a publié un fait de kyste du testicule enlevé par M. Nélaton.

Nous avons vu une maladie kystique du testicule, il y a deux ans, dans le service de M. Velpeau. Nous n'avons pu retrouver l'observation, mais nous nous rappelons parfaitement la pièce ; elle représentait exactement le dessin de Curling : le testicule était rempli de kystes inégaux, à parois minces, pleins d'un liquide séreux, et tous enveloppés dans la tunique albuginée amincie.

Dans la même année, nous avons recueilli dans le service de M. Manec, où nous étions interne, le fait suivant :

F....., 70 ans. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, pyriforme, immobile dans le scrotum, avec fluctuation évidente partout, sans

transparence. Début il y a plus de dix ans ; développement insensible; pas de douleurs. Le malade est venu à l'hôpital parce qu'il est gêné pour uriner. Bon état du reste ; rien ailleurs.

Diagnostic de M. Manec. Hydro-hématocèle. Ponction : liquide brun, couleur de chocolat. La tumeur a diminué de volume, et est maintenant arrondie. M. Manec pense à un sarcocèle. Castration.

La pièce enlevée est un kyste uniloculaire du testicule, contenant du liquide chocolat ; la paroi est mince, présente des traces de cloison. La queue de l'épididyme seule peut être retrouvée (32).

Cette tumeur, quoiqu'elle n'ait pas été examinée au microscope, paraît avoir été primitivement une maladie kystique, convertie en un sac unique, où s'est fait une exhalation sanguine.

Dans les kystes du testicule, on trouve de l'épithélium (Queckett). Les petits kystes communiquent entre eux ou sont reliés par des cordons pleins. Curling a trouvé des canalicules dilatés contenant une matière brune. Dans l'observation de MM. Nélaton et Trélat, des cellules épithéliales et des cellules épidermiques ont été vues. Toutes ces circonstances ont permis de rechercher comment ces kystes se produisaient. Curling est d'avis que c'est une dilatation du *rete testis*. M. Robin est presque de cet avis : il croit à la dilatation des conduits épididymaires. L'absence de spermatozoaire n'est pas une preuve contre cette théorie, car on connaît les phénomènes de l'évolution du sperme, et l'on sait que les spermatozoïdes ne sont pas libres dans les canaux séminifères du testicule (Kölliker).

Le testicule enlevé par Curling, comme celui qu'a vu et opéré M. Nélaton, était allongé; c'est ce que nous avons remarqué sur la pièce de M. Velpeau.

Dans l'observation de M. Trélat, il y avait du liquide dans la tunique vaginale, peu abondant.

Dans l'observation de Curling, il y avait un peu de liquide dans la tunique vaginale ; dans la nôtre, le liquide était celui d'une hydro-hématocèle.

Dans ses excellentes remarques, M. Trélat fait observer que parmi les signes de la maladie kystique donnés par A. Cooper, trois seulement ont été constatés dans le cas de M. Nélaton : la forme oblongue de la tumeur, sa régularité, l'absence de sensibilité du testicule ; il n'y avait pas de varicocèle. Les kystes du testicule n'atteignent pas un volume énorme; la plus grosse tumeur qui ait été enlevée avait 15 centimètres de long sur 9 de large. La maladie dure longtemps, plusieurs années ; dans un cas, elle ne datait que de sept mois. Le développement est insensible et la douleur manque.

Nous avons reporté aux enchondromes certains kystes décrits par Queckett, éliminant ainsi les tumeurs malignes de ces dilatations des canalicules spermatiques, dont le caractère anatomique diffère essentiellement des lésions malignes. Nous nous trouvons donc en face de cinq faits seulement, dans lesquels nous devons trouver les éléments du diagnostic, qui a toujours été difficile. L'observation de Cooper ne dit rein sur le diagnostic. Curling a cru à un cancer. M. Nélaton a dû recourir à la ponction exploratrice. Chez notre malade, la ponction n'a donné aucun éclaircissement, et nous ne voyons que peu de signes propres à la lésion.

a. La conservation de la forme du testicule, son petit volume, l'absence de la sensibilité du testicule, la fluctuation profonde, quoique très-difficile à percevoir, pourraient éclairer dans le cas d'un kyste uniloculaire.

b. L'absence de douleurs, le développement lent de la tumeur, sont de bons signes.

c. Le liquide n'était pas abondant dans la tunique vaginale, excepté dans le cas de F..... ; mais sa tumeur était assez grosse et était portée depuis très-longtemps. Les malades jouissent d'une bonne santé.

L'engorgement chronique du testicule, l'hypertrophie consécutive, seront difficilement distingués d'une maladie kystique ; mais on se souviendra qu'un traitement par l'iodure de potassium, uni

au repos, peuvent avoir un certain effet sur la tumeur du premier genre.

Quant au cancer, l'enchondrome en particulier, qui n'est pas toujours dur, comme dans le cas observé par M. L'honneur, il a beaucoup de caractères communs avec la maladie kystique du testicule. Un des meilleurs moyens de diagnostic est une ponction exploratrice qui peut donner issue à du liquide clair. D'un autre côté, la rareté même des maladies kystiques devra, dans le diagnostic douteux, porter à reconnaître plutôt un cancer qu'aucune métamorphose kystique des éléments anatomiques du testicule. La durée de cette dernière tumeur est toujours beaucoup plus longue que le cancer.

IVe CLASSE.

Hydatides.

Personne jusqu'ici n'a vu des hydatides du testicule sur le vivant.

A. Cooper parle d'une hydatide trouvée dans un épididyme que lui montra Davy.

Les faits rapportés par Dupuytren ne sont pas des observations.

M. Velpeau, dans l'article du Dictionnaire en 30 volumes, croit les faits de Larrey insuffisants.

Baillie a vu un testicule auquel adhérait un kyste contenant un ver filaire de Médine.

L'hydatide de Morgagni n'a du parasite entozoaire que le nom.

Tous les faits sont des constatations anatomiques, nous n'avons donc aucun signe à donner ; la symptomatologie reste à faire par le premier chirurgien qui se trouvera en face d'une tumeur hydatique du testicule dont il recueillera l'observation.

Des inclusions fœtales.

Les phénomènes tératologiques sont-ils le fait d'une hétérotopie (Lebert), d'une inclusion abdominale descendue dans le scrotum avec le testicule (Ollivier (d'Angers), M. Velpeau) ? Sont-ce des monstruosités par accolement (Verneuil)? Les observations donnent raison aux trois théories. Les observations de Dietrich, Prochaska, les deux faits cités d'inclusions intra-testiculaires chez des chevaux, les seules qui rentrent dans le sujet de notre thèse, sont des inclusions dans le corps du testicule; elles sont primitivement abdominales. Les faits de MM. Velpeau, Guersant et Verneuil, sont des accolements; le testicule est intact.

Le fait de Meckel, cité par M. Verneuil, a été interprété comme une hétérotopie; il n'y avait que des poils dans le testicule.

Les monstruosités incluses sont constituées par des rudiments de fœtus, des os, des dents, des poils, des éléments mixtes, dans lesquels M. Verneuil a trouvé (cas de M. Guersant) de la substance nerveuse. Il n'y a pas de kyste enveloppant.

Sur les 11 observations du mémoire de M. Verneuil, 3 fois la congénitalité n'est pas évidente. En fait de signes, M. Moussaud (thèse, 1861) établit deux périodes dans l'évolution des tumeurs fœtales pendant la vie : 1° indolence, tumeur irrégulière; 2° accroissement rapide, ulcération; issue de débris de fœtus. Dans ces deux périodes, une ponction exploratrice ne donne que du sang.

On diagnostique les inclusions fœtales à la naissance ou à une époque voisine de la naissance, et c'est quelquefois difficile. Prochaska a cru à une hernie. Dans les inclusions extra-fœtales, on a cru à une hydrocèle, à un kyste. La seule fois où la maladie a été reconnue, c'est dans le cas observé par M. Velpeau.

Au moment de la naissance, on a une tumeur qui fait corps avec le testicule, petite, irrégulière, et c'est là tout; il n'y a pas de transparence. Au moment où l'enfant vient au monde, la tumeur existe, ce

qui ne se présente pas dans l'hydrocèle congénitale ni la hernie en général (M. Verneuil), et l'on pourra trouver le testicule en faisant rentrer le liquide ou l'intestin dans l'abdomen.

Plus tard on trouve les signes suivants :

a. Tumeur bousselée, irrégulière, dure ; lorsqu'il y a ulcération, débris de fœtus dans le pus.

b. Pas de douleurs avant la tendance à l'ulcération ; tumeur existant depuis la naissance.

c. Aucuns troubles, autres que ceux déterminés par l'inflammation ; ulcération du scrotum.

Tout en constatant les signes que nous avons essayé d'établir dans un ordre logique, accessible au raisonnement, pour faciliter le jugement, le chirurgien qui fonde sur eux son diagnostic doit joindre encore des précautions générales que lui indiquent la conduite et les préceptes de nos maîtres ; il doit se souvenir qu'il ne faut jamais examiner à la légère. C'est, pour se servir d'une expression qui rend bien la pensée, une coquetterie folle que de vouloir, à un moment donné, tout diagnostiquer.

Les lésions anatomiques passant par des phases successives, les signes suivent les mêmes vicissitudes, et l'on ne voit pas toutes les tumeurs à une même époque de leur évolution. Trop de précipitation nous mène à beaucoup d'erreurs, et il y a peut-être eu plus de fautes commises par cet oubli d'un précepte élémentaire, que de fausses conceptions dues à l'esprit de système, ou la complaisance pour certaines doctrines.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'attraction en général et de l'attraction en particulier sous le point de vue de sa direction, de son intensité, et de ses variétés. Déterminer si les corps organisés sont soumis à l'attraction.

Chimie. — Des caractères distinctifs du soufre.

Pharmacie. — Des principes actifs des plantes que l'eau dissout; de ceux dont elle ne peut se charger. Une plante ou une partie de plante étant donnée, de l'influence du procédé opératoire sur la nature des principes qui entrent en dissolution.

Histoire naturelle. — De la structure des vaisseaux aériens des plantes et spécialement des trachées.

Anatomie. — Quelles sont les parties situées à la base du cerveau?

Physiologie. — Des causes du mouvement du sang dans les capillaires.

Pathologie interne. — De l'albuminurie.

Pathologie externe. — De l'érysipèle.

Pathologie générale. — Des altérations de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des caractères anatomiques différentiels de l'ulcère chronique de l'estomac et du cancer de l'estomac.

Accouchements. — Des présentations du tronc du fœtus dans l'accouchement.

Thérapeutique. — De l'influence de la noix vomique et de la fève de Saint-Ignace sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Des principaux modes opératoires suivant lesquels on pratique l'amputation des membres.

Médecine légale. — Des appareils osseux et dentaire de l'homme au point de vue de la détermination médico-légale des âges.

Hygiène. — De la vie moyenne et de la vie probable.

Vu, bon à imprimer.

VELPEAU, Président.

Permis d'imprimer.

Pour le Vice-Recteur,

L'Inspecteur de l'Académie de Paris,

A. NISARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Juin 1892, à 1 heure

Par Charles CALLAIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Beauvais (Oise), le 19 janvier 1868

Contribution à l'Etude

DES

ERYTHÈMES DU NOUVEAU-NÉ

Président : M. TARNIER, professeur

Juges : MM. BERGER, professeur
HUTINEL, POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1892